



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROLOGIA
MESTRADO EM NEUROLOGIA

AUREO DO CARMO FILHO

DEPRESSÃO EM PACIENTES IDOSOS PORTADORES DO HIV

RIO DE JANEIRO
2009

AUREO DO CARMO FILHO

DEPRESSÃO EM PACIENTES IDOSOS PORTADORES DO HIV

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Neurologia, área de concentração Neurociências.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Raphael
de Almeida Ferry

RIO DE JANEIRO
2009

616.8
C287d Carmo Filho, Aureo do,
Depressão em pacientes idosos portadores do HIV. / Aureo
do Carmo Filho - Rio de Janeiro, 2009.

76 f.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Raphael de Almeida Ferry.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde,
Mestrado em Neurologia, 2009.

1. Depressão. 2. HIV. 3. AIDS. 4. Idosos. I. Ferry, Fernando
Raphael de Almeida. II. Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro. III. Título.

AUREO DO CARMO FILHO

DEPRESSÃO EM PACIENTES IDOSOS PORTADORES DO HIV

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Neurologia, área de concentração Neurociências.

Aprovado em: ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando Raphael de Almeida Ferry
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof. Dr. Walter de Araujo Eyer Silva
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof^a. Dr^a. Dirce Bonfim de Lima
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

DEDICATÓRIA

A Deus, por presentear nossas vidas com tantas maravilhas a cada dia.

À minha mãe Telma, por me mostrar o significado da vida e moldar minha personalidade desde cedo com ensinamentos baseados no amor, respeito ao próximo, união, justiça, tolerância e humanidade.

À minha esposa Marcia por me contemplar diariamente com sorrisos, amor e vida. Por me consolar na dor e dividir comigo alegrias e sonhos.

Aos meus irmãos Antônio (e sua família) e Aurea, por estarem ao meu lado sempre de braços e peito abertos.

Aos meus amigos, presentes sempre quando necessito, “mesmo que o tempo e a distância digam não”.

Ao amigo André Casarsa Marques, por coordenar a Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle de forma tão séria e brilhante, provando que nada se consegue sem o devido esforço e a devida competência; pela inesgotável vontade de crescer profissionalmente e fazer nossa Universidade crescer como Instituição.

À equipe da Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, que a cada dia demonstram o real significado do amor ao próximo, ao promover assistência à saúde com grande qualidade, respeito, competência e conseguir manter o bom humor, apesar de presenciar tanto sofrimento.

Aos alunos e amigos Eberhart Portocarrero Gross, Felipe Almeida de Jesus, Erika Vianna G. Didier e Mariana Mesquita Machado, por me estimularem tanto a estudar, aprender e compartilhar conhecimento.

A cada aluno e cada paciente, os reais motivos de cada degrau que subimos em nossas carreiras...

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Fernando Raphael de Almeida Ferry, pela amizade, paciência, ensinamentos, presteza e muito trabalho dedicado à orientação e viabilidade desta Dissertação e por ter participado ativamente em minha formação, estimulando meu desenvolvimento acadêmico.

À Profa. Dra. Regina Maria Papais Alvarenga, por representar e presentear nossa Universidade com tanta competência, vontade e brilhantismo. Por ter tornado possível a formação, com o merecido reconhecimento, de dezenas de Mestres em Neurologia e Neurociências.

Ao amigo Max Kopti Fakoury, pelo grande incentivo a qualificação, por viabilizar a realização deste trabalho e por ser um grande incentivador (não somente) durante todo o período do Mestrado.

Ao secretário do Programa de Pós-Graduação em Neurologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIRIO, Luiz Eduardo da Cruz Veiga, pela incansável disposição em ajudar em todos os momentos, (não somente) durante o período do Mestrado.

A todos os funcionários do Ambulatório de Imunologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, em especial ao Sr. Isaías Calixto, pela grande ajuda com a coleta de dados e pelo atendimento humanizado a cada paciente de nosso estudo.

A cada funcionário do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle e da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, por ajudar a manter a boa qualidade de nossa assistência e com isso viabilizar o desenvolvimento de estudos científicos realizados integralmente em nossa Instituição.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Neurologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIRIO, pelos conhecimentos transmitidos a cada um de nós Mestrandos, iluminando nossos caminhos na direção do crescimento acadêmico.

Aos amigos Lucas Pereira Jorge de Medeiros, Alessandro Rocha Milan de Souza, Eberhart Portocarrero Gross e Marcelo Costa Velho Mendes de Azevedo, por me ajudar a editar partes do texto da Dissertação.

Aos pacientes do Ambulatório de Imunologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, em especial aos que aceitaram participar de nosso estudo, pelos exemplos de garra, esperança e fé, em sua luta diária pela vida.

RESUMO

Introdução: O aumento da expectativa de vida vem trazendo grandes modificações no perfil nosológico dos pacientes. As melhorias nos cuidados da saúde proporcionam, entre outros benefícios, maior atividade sexual, aumentando, em contrapartida, o risco de doenças sexualmente transmissíveis. Entre estas, destaca-se a AIDS, que em nosso país mostra números crescentes entre os idosos. Com isso, hoje temos de lidar com uma doença, antes, típica entre jovens, que tem atingido uma parcela da população com maior número de comorbidades; entre elas a depressão. É um transtorno subdiagnosticado, comum na população geriátrica, que traz prejuízos a saúde, vitimando milhões de pacientes mundialmente. Detectar e tratar depressão na população geriátrica significa melhorar a qualidade de vida; no caso da AIDS, pode significar a sobrevivência. **Objetivos:** Verificar a frequência de depressão numa população de idosos HIV+; avaliar associações de variáveis sócio-demográficas e biomédicas com a presença de depressão; definir a pontuação mais adequada para o diagnóstico de depressão nesta população, de acordo com a EDG-15. **Metodologia:** Estudo transversal, quantitativo, analítico, com 72 pacientes HIV+ com idade ≥ 60 anos, em acompanhamento ambulatorial especializado. Foram aplicados a escala de depressão geriátrica versão de 15 itens (EDG-15), o mini-exame do estado mental (MEEM) e coletados dados de importância clínica. Estes pacientes posteriormente foram avaliados por um segundo médico geriatra quanto à presença de episódio depressivo maior pelos critérios da DSM-IV. Separou-se a amostra em 2 grupos, de acordo com a presença ou não de depressão pela EDG-15. **Resultados:** A frequência de depressão pela EDG-15 foi de 27,8% e pela DSM-IV 22,2%. A EDG-15 mostrou sensibilidade de 93,8% e especificidade de 91,1% quando se considerou o valor de corte ótimo, igual a 7. Pacientes deprimidos mostraram maior frequência de sexo feminino, tabagistas, uso de lopinavir/ritonavir, além de contagem de linfócitos T CD4 inferior à do grupo de não-deprimidos. **Conclusões:** Depressão tem alta prevalência entre os idosos HIV+, reiterando a importância da avaliação sistemática quanto à presença deste distúrbio. O rastreamento feito pela EDG-15 mostrou-se factível e de boa acurácia, sendo "7" o melhor ponto de corte. Sexo feminino, tabagismo atual, uso de lopinavir/ritonavir e níveis mais baixos de linfócitos T CD4 associaram-se ao diagnóstico de depressão. **Palavras-chave:** Depressão. HIV. AIDS. Idosos.

ABSTRACT

Introduction: The rise in life expectancy is bringing along with it major changes to the nosologic profile of patients. Improvements in health care provide, amidst other benefits, increased sexual activity but, on the other hand, also increase the risk of sexually transmitted diseases. Among these, AIDS stands out, a disease that in our country shows alarming numbers in the midst of the elderly. As a consequence, nowadays we have to deal with a disease which was common among young people, that reached a portion of the population with a larger number of comorbidities. Among these, depression has a great role. It is an underdiagnosed disorder, common in the elderly population, which brings incalculable damage to health, victimizing millions of patients worldwide. Detect and treat depression in the elderly population means improve the quality of life; regarding AIDS, may mean survive. **Objectives:** Assess the prevalence of depression in the elderly HIV+ population; evaluate socio-demographic and biomedical variables with the presence of depression; define the most appropriate score for the diagnosis of depression in this population, according to the GDS-15. **Methodology:** Cross-sectional, quantitative, analytical study with 72 HIV+ patients aged ≥ 60 years, in outpatient specialist. We applied the 15-item version of the geriatric depression scale (GDS-15), the mini-mental state examination (MMSE) and collected other clinical relevant data. These patients were subsequently evaluated by a second physician geriatrician for the presence of major depressive episode by DSM-IV. The sample was separated into 2 groups according to presence or absence of depression by GDS-15. **Results:** The prevalence of depression by GDS-15 was 27.8% and the DSM-IV 22.2%. The GDS-15 showed a sensitivity of 93.8% and specificity of 91.1% when considering the cutoff value equal to 7. Depressed patients showed increased frequency of females, smokers and use of lopinavir/ritonavir; the counting of CD4 was lower than the group of non-depressed. **Conclusions:** Depression is highly prevalent among older HIV-positive, affirming the importance of systematic evaluation for the presence of this disorder. The screening by the GDS-15 was feasible and showed a good accuracy. Female gender, current smoking, use of lopinavir/ritonavir and lower levels of CD4 T lymphocytes were associated with the diagnosis of depression. **Keywords:** Depression. HIV. AIDS. Elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Casos de AIDS notificados no Brasil até junho de 2008, segundo o sexo	17
Gráfico 2	Casos notificados de AIDS no Brasil até junho de 2008, segundo a faixa etária	18
Gráfico 3	Casos notificados de AIDS em idosos no Brasil, separados por sexo, até junho de 2008	19
Gráfico 4	Distribuição da amostra, segundo o sexo	41
Gráfico 5	Dispersão da idade dos pacientes (reta vermelha = média)	41
Gráfico 6	Dispersão da idade dos pacientes, à época do diagnóstico da infecção pelo HIV (reta vermelha = média)	42
Gráfico 7	Distribuição por faixas de escolaridade	42
Gráfico 8	Dispersão da escolaridade (reta vermelha = média)	42
Gráfico 9	Comorbidades mais comumente observadas	43
Gráfico 10	Contagem de linfócitos T CD4 antes do início do tratamento e no momento da avaliação	44
Gráfico 11	Carga viral antes do início do tratamento e no momento da avaliação....	44
Gráfico 12	Esquemas antiretrovirais utilizados pelos pacientes	45
Gráfico 13	Dispersão dos escores encontrados na EDG-15 (reta vermelha = média)	46
Gráfico 14	Dispersão dos escores encontrados no MEEM (reta vermelha = média).....	46
Gráfico 15	Curva ROC; valor de corte = 7 na EDG-15	47
Gráfico 16	Frequência de depressão (%) segundo os critérios da DSM-IV e o rastreamento pela EDG-15	48
Gráfico 17	Distribuição segundo o sexo, comparação entre os grupos	49
Gráfico 18	Distribuição da idade atual, comparação entre os grupos	49

Gráfico 19	Dispersão da idade ao diagnóstico, comparação entre os grupos	50
Gráfico 20	Dispersão da escolaridade em anos, comparação entre os grupos	50
Gráfico 21	Comparação da prevalência de comorbidades entre os grupos	51
Gráfico 22	Contagem de linfócitos T CD4 no momento da avaliação, comparação entre os grupos	52
Gráfico 23	Comparação do uso de antiretrovirais entre os grupos	53
Gráfico 24	Comparação do MEEM entre os grupos	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3TC	Lamivudina
ABC	Abacavir
AGA	Avaliação geriátrica ampla
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ATV	Atazanavir
AVC	Acidente vascular cerebral
AZT	Zidovudina
CDC	Centers for disease control and prevention
CID-10	Código internacional de doenças – 10ª Edição
CRF	Fator de liberação de corticotropina
CV	Carga viral
d4T	Estavudina
DAH	Demência associada ao HIV
ddl	Didanosina
DM	Diabetes mellitus
DNH	Disfunção neurocognitiva associada ao HIV
DSM-IV	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – 4ª Edição
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EDG	Escala de depressão geriátrica
EDG-10	Escala de depressão geriátrica versão reduzida de 10 itens
EDG-15	Escala de depressão geriátrica versão reduzida de 15 itens
EFZ	Efavirenz
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HIV-	Soronegativo para o HIV
HIV+	Portador do vírus da imunodeficiência humana
IDV	Indinavir
IMC	Índice de massa corporal
LPV/r	Lopinavir + Ritonavir
MEEM	Mini-exame do estado mental
mi	Milhões
NVP	Nevirapina
OMS	Organização Mundial de Saúde
PET	Tomografia com emissão de pósitrons
RNM	Ressonância nuclear magnética
RTV	Ritonavir
SQV	Saquinavir
TAR	Terapia antiretroviral
TC	Tomografia computadorizada
TDF	Tenofovir
UDI	Usuários de drogas injetáveis

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1	INFECÇÃO PELO HIV EM IDOSOS	16
2.1.1	Epidemiologia	16
2.1.2	Contágio	19
2.1.3	Diagnóstico e aspectos clínicos	21
2.1.4	Manifestações neuropsiquiátricas	22
2.1.5	Depressão e HIV	23
2.2	DEPRESSÃO EM IDOSOS	25
2.2.1	Definição	25
2.2.2	Epidemiologia	27
2.2.3	Etiologia	29
2.2.4	Diagnóstico	30
2.2.5	Escalas de avaliação	31
2.2.5.1	<i>Inventário de depressão de Beck</i>	31
2.2.5.2	<i>Escala de depressão de Zung</i>	32
2.2.5.3	<i>Inventário de depressão de Hamilton</i>	32
2.2.5.4	<i>Escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos</i>	32
2.2.5.5	<i>Escala de depressão geriátrica</i>	33
2.2.5.6	<i>Escala de depressão geriátrica versão reduzida</i>	34
2.2.6	Avaliação cognitiva - Mini-exame do estado mental (MEEM)	36
3	O ESTUDO	37
3.1	JUSTIFICATIVA	37

3.2	OBJETIVOS	37
3.2.1	Geral	37
3.2.2	Específicos	37
3.3	METODOLOGIA	38
3.3.1	Desenho do estudo	38
3.3.2	População estudada	38
3.3.3	Critérios de inclusão	38
3.3.4	Critérios de exclusão	39
3.3.5	Instrumentos e coleta de dados	39
3.3.6	Análise estatística	40
3.4	RESULTADOS	40
3.4.1	Variáveis demográficas e biomédicas da amostra total	40
3.4.2	Correlação de Spearman	48
3.4.3	Comparação entre os grupos	48
4	DISCUSSÃO	54
5	CONCLUSÕES	59
	REFERÊNCIAS	60
	ANEXO A - Escala de depressão geriátrica versão reduzida de 15 itens (EDG-15)	74
	ANEXO B - Mini-exame do estado mental	75
	ANEXO C - Aprovação do Projeto pelo CEP/HUGG	76

1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida constitui-se numa das maiores conquistas do presente século. Chegar a uma idade avançada já não é mais privilégio de poucas pessoas. O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes. Em 1950, no mundo eram cerca de 204 milhões as pessoas com 60 anos ou mais de idade; em 1998, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas; um crescimento de quase 8 milhões de pessoas por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1,9 bilhões de pessoas (WONG; CARVALHO, 2006).

Atualmente chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Em nosso país, considera-se idoso o indivíduo que possui idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). Nas últimas 2 décadas, a população idosa no Brasil cresceu cerca de 40% e, em 2000, de acordo com o último censo demográfico realizado, representava 8,56% da população do país. Projeções intercensitárias estimam que esse crescimento tende a aumentar (DATASUS, 2009); o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975 e 20 milhões em 2009 - um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009).

O Brasil é hoje um “jovem país de cabelos brancos”. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos, como é o caso da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

O aumento da expectativa de vida proporcionou ganhos não apenas quantitativos, mas atribuiu novo significado e novas possibilidades à velhice, tais como: o casamento a partir de 60 anos, a volta à produtividade visando ao sucesso profissional, a volta aos estudos e a oportunidade de aproveitar com plenitude a aposentadoria, antes considerada uma sentença de morte lenta (CRUZ, 2005). Essa melhoria na qualidade de vida das pessoas idosas, juntamente com as descobertas

científicas para melhorar a atividade sexual (ex: medicamentos para o tratamento da disfunção erétil, reposição hormonal em ambos os sexos, próteses penianas) (BUTIN, 2002), associado à resistência ao uso do preservativo (SILVA; PAIVA; SANTIAGO, 2005), tornaram os indivíduos mais velhos mais vulneráveis ao vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Neste contexto emerge a questão da AIDS na velhice. Mais do que uma doença, a AIDS configura-se hoje como um fenômeno social de amplas proporções, envolvendo princípios morais, religiosos e éticos, procedimentos de saúde pública e de comportamento privado, questões relativas à sexualidade, ao uso de drogas e à moralidade conjugal. O novo perfil no curso da epidemia da AIDS aponta para crescente o número de casos na faixa etária acima de 60 anos (BRASIL, 2008).

As estatísticas nacionais apontam um total de 12144 casos de AIDS em maiores de 60 anos notificados no Brasil até 30 de junho de 2008. Feitoza, Souza e Araújo em 2004 ressaltaram que a doença nesta população específica já apresentava grande relevância epidemiológica, não pelos números absolutos, mas pelas taxas de incidência (7,6 casos / 100mil habitantes), prevalência (224,9 / 1 milhão de habitantes do sexo masculino), letalidade (43,9%) e anos potenciais de vida perdidos (até 15 anos). Entre as causas apontadas para números tão expressivos estão as notificações tardias, poucas pesquisas na área, confusões no diagnóstico e a resistência do paciente ao tratamento.

A adesão à terapia antirretroviral (TAR) é a chave para obter os benefícios ótimos da terapêutica eficaz. É um processo multifatorial envolvendo cada paciente individualmente, as características posológicas do medicamento e a qualidade da interação médico-paciente. Não-adesão é um problema significativo; estima-se que a adesão ao regime terapêutico não ultrapasse os 80% e que metade dos pacientes portadores de doenças crônicas apresenta algum grau de não-adesão. (YUN et al., 2002).

O paciente idoso, por experimentar diversas alterações orgânicas ligadas ao envelhecimento e ao gerenciamento de doenças comuns nesta faixa etária (ex: diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia e outros), representa um grande desafio na abordagem terapêutica. Idosos soropositivos, por se tornarem usuários crônicos de grande número de medicamentos (TAR propriamente dita, tratamento ou profilaxia de doenças oportunistas ligadas a AIDS e o tratamento de outras doenças comuns aos idosos), apresentam grandes possibilidades de não-adesão.

A TAR agressiva suprime efetivamente a carga viral do HIV, prevenindo o aparecimento da AIDS; porém, é necessária uma adesão quase perfeita ao tratamento, pois níveis séricos subótimos de antirretrovirais relacionam-se a supressão viral diminuída e conseqüente desenvolvimento de resistência a estes medicamentos. Assim, a não-adesão não somente diminui a efetividade do tratamento atual, mas também pode levar a ineficácia terapêutica permanente, pelo desenvolvimento de mutações que resultem em resistência aos medicamentos (YUN et al., 2002).

Depressão é um fator de risco para adesão subótima à TAR (STARACE et al., 2002), assim como para o tratamento de outras comorbidades crônicas (KRISHNAN et al., 2002). Uma meta-análise de artigos publicados entre 1988 e 1998 mostrou que pacientes portadores do HIV (HIV+) têm risco duas vezes maior de desenvolver episódio depressivo maior ao longo da vida que os pacientes soronegativos (STARACE et al., 2002). A AIDS já fora considerada uma doença fatal rapidamente progressiva. A TAR eficaz e a profilaxia adequada das doenças relacionadas à AIDS melhoraram o prognóstico dos pacientes HIV+, redefinindo a AIDS como uma doença crônica tratável. Taxas de sobrevivência maiores, porém, implicam em um período mais longo de vulnerabilidade ao desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas (YUN et al., 2002).

A população idosa é particularmente exposta a este distúrbio psiquiátrico, sendo a depressão um problema de saúde pública em virtude de sua alta prevalência, frequente associação com doenças crônicas, impacto negativo na qualidade de vida e risco de suicídio. Aproximadamente 15 a 20% dos idosos não-institucionalizados apresentam sintomas depressivos (VERAS, 2007). Entre os HIV+ de idade mais avançada (com idade igual ou superior a 50 anos) estudados, depressão moderada a grave foi observado em 25% destes (HECKMAN et al., 2002).

Apesar de sua relevância clínica, é baixa a detecção de sintomatologia depressiva em idosos nesse contexto, o que pode ser atribuído, em parte, à expressão clínica diferente desses sintomas em relação aos demais grupos etários. Há também uma baixa valorização dessas manifestações por parte dos médicos generalistas, que geralmente focalizam sua atenção clínica na doença que motiva a internação do paciente (SOUSA et al., 2001). Nesse sentido, a avaliação sistemática dos pacientes idosos mediante a aplicação de escalas de avaliação de sintomas

depressivos por médicos generalistas poderia contribuir para melhorar a detecção dos casos de depressão nesse grupo etário.

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) constitui o instrumento mais empregado para avaliar sintomas depressivos em populações geriátricas, sendo usada em pesquisa e em contextos clínicos (BLANK; GRUMAN; ROBISON, 2004). Criada por Yesavage et al. (1983), a EDG passou a ser considerada uma escala com propriedades de validade e confiabilidade satisfatórias para rastreamento de depressão no idoso (HOYL et al., 1999; ERTAN; EKER, 2000), sendo traduzida para o português e adaptada para aplicação no Brasil por Stoppe-Júnior, Jacob e Louzã (1994).

Verificamos a frequência do episódio depressivo maior em um grupo de pacientes HIV+ do ambulatório de Imunologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, com idade igual ou superior a 60 anos. Para isso, realizamos estudo transversal e descritivo. Todos os pacientes do estudo foram submetidos a uma avaliação geriátrica ampla, na qual constou a aplicação da EDG.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 INFECÇÃO PELO HIV EM IDOSOS

2.1.1 Epidemiologia

Identificada em 1981, a AIDS tornou-se um marco na história da humanidade. A epidemia de HIV/AIDS é atualmente um dos principais problemas de saúde pública relacionado a causas infecciosas no mundo inteiro, representando um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (GOMES; SILVA, 2008).

Com pouco mais de 25 anos de existência, a AIDS já causou a morte de mais de 20 milhões de pessoas em todo o mundo. No final de 2007 existiam cerca de 36 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo, sendo 730 mil no Brasil. A cada dia, 6800 pessoas são infectadas pelo HIV e 5700 pessoas morrem de AIDS no mundo inteiro (UNAIDS, 2007).

No Brasil, foram notificados 506.499 casos de HIV/AIDS entre 1980 e junho de 2008 (BRASIL, 2008). Na década de 80, a epidemia de AIDS no Brasil atingia principalmente aos indivíduos do sexo masculino, com alto nível sócio-econômico, homo ou bissexuais masculinos e portadores de hemofilia ou receptores de sangue (GOMES; SILVA 2008). Os segmentos populacionais atingidos no início da epidemia apresentaram declínio importante ao longo do tempo. Estudos ecológicos brasileiros que avaliaram a dinâmica da epidemia da AIDS no país observaram mais recentemente a disseminação do HIV principalmente em indivíduos pertencentes a estratos socioeconômicos menos favorecidos (SZWARCOWALD et al., 2000). Estes mesmos estudos constataram que a epidemia, que em seu início se concentrava nos grandes centros urbanos, em homens que praticavam sexo com outros homens, com alto nível de escolaridade (acima de oito anos de escolaridade), transformou-se à medida que os anos se seguiram. Estes perfis socioeconômicos e culturais traçados, importantes neste início, reduziram-se em termos relativos a partir do início da década de 90. Os novos casos de AIDS notificados assumiram novas características em relação a sexo (Gráfico 1), categoria de exposição, região

geográfica, renda per capita e tamanho do município de residência (FONSECA; SZWARCOWALD; BASTOS, 2002; RODRIGUES-JUNIOR; CASTILHO, 2004).

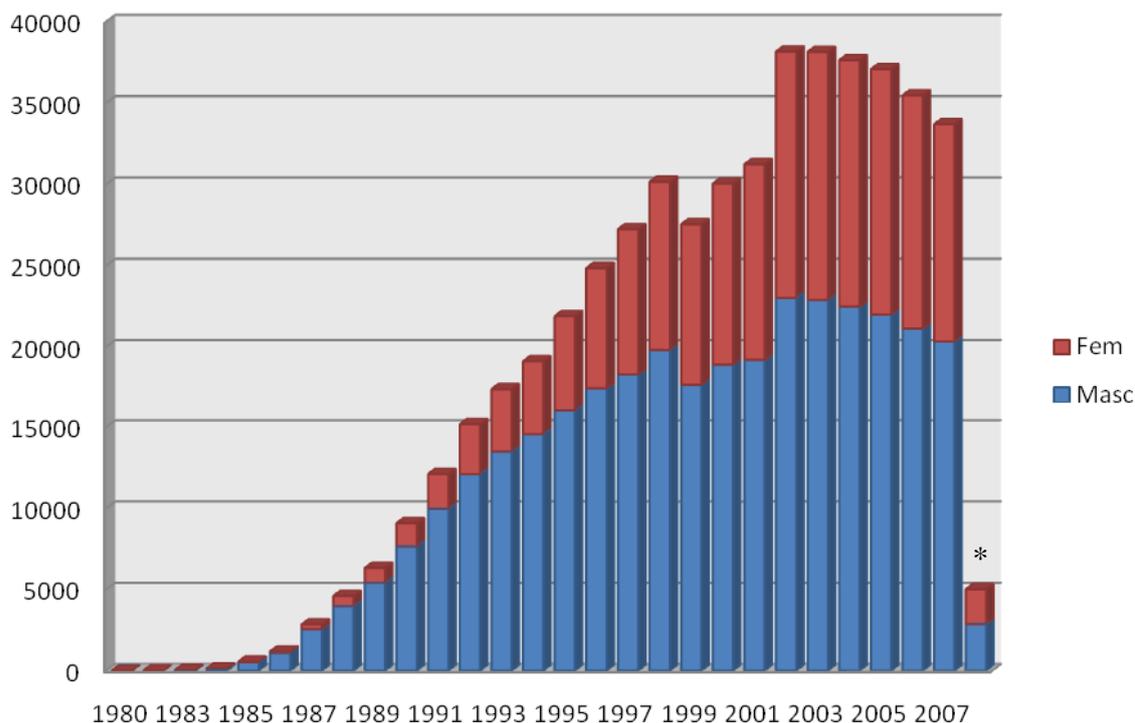


Gráfico 1: Casos de AIDS notificados no Brasil até junho de 2008, segundo o sexo. (Fonte: BRASIL, 2008; DATASUS, 2009) * - dados incompletos

O novo perfil da epidemia evidencia a aceleração da AIDS entre os heterossexuais, usuários de droga injetáveis (UDI), mulheres, residentes de cidades do interior do país, indivíduos com baixa escolaridade (< 8 anos de estudo), mão de obra menos qualificada e residentes de municípios de porte pequeno (50.000 - 200.000 habitantes) e médio (200.000 - 500.000 habitantes) (FONSECA; SZWARCOWALD; BASTOS, 2002; RODRIGUES-JUNIOR; CASTILHO, 2004).

A mudança também foi observada na idade dos pacientes contaminados. Desde o começo, o grupo etário mais acometido, em ambos os sexos, tinha entre 20 e 39 anos de idade. Porém, alguns estudos revelam que os idosos compõem o grupo etário onde se verifica o maior crescimento da taxa de incidência da infecção pelo HIV nos últimos anos nos países desenvolvidos e no Brasil (LIEBERMAN, 2000; MANFREDI, 2002; ORLANDO; MERAVIGLIA; CORDIER, 2006). Nos Estados Unidos os idosos correspondem a cerca de 10% dos casos de AIDS (LIEBERMAN, 2000). Na Itália, o número de casos entre os maiores de 60 anos cresceu de 1,6% para 5,2% de 1989 a 1999 (MANFREDI, 2002).

No Brasil, a população idosa, no início da epidemia, praticamente não foi atingida. Nos primeiros 5 anos da epidemia, apenas 4 casos da doença foram notificados em pessoas com 60 anos ou mais no Brasil (Gráfico 2). Porém, atualmente o número casos de AIDS em pessoas acima de 60 anos cresce como em nenhuma outra faixa etária (Gráfico 3). De 1980 a junho de 2008, 12.144 casos de AIDS foram notificados em idosos, contra 11.079 notificados entre adolescentes em nosso país. Na década de 80, foram notificados 373 casos em homens e 64 em mulheres. Na década de 90, este número aumentou para 3.067 em homens e 1.209 em mulheres. Do ano de 2001 a junho de 2008, as notificações apresentaram novo aumento, sendo 4.599 em homens e 2.832 em mulheres (BRASIL, 2008; DATASUS, 2009). Segundo dados do Ministério da Saúde, entre os anos de 1996 e 2007 houve um importante aumento da taxa de incidência entre indivíduos com mais de 60 anos de idade; nos homens, a taxa de incidência passou de 5,8 para 9,3 e nas mulheres cresceu de 1,7 para 4,9 por 100.000 habitantes.

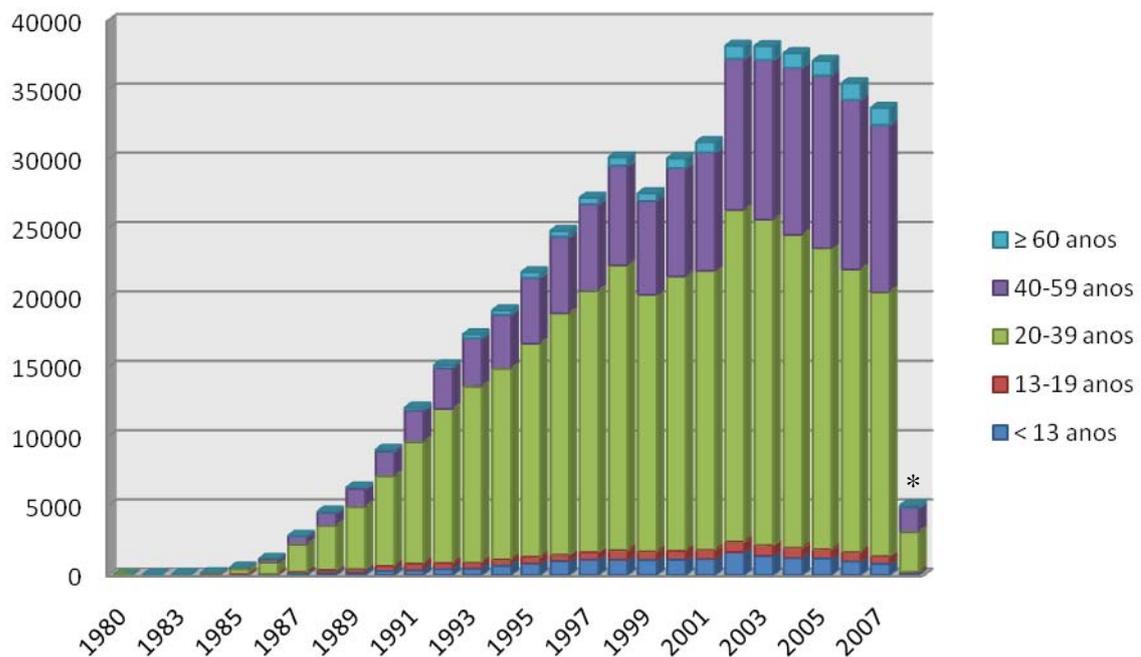


Gráfico 2: Casos notificados de AIDS no Brasil até junho de 2008, segundo a faixa etária (Fonte: BRASIL, 2008; DATASUS, 2009) * - dados incompletos

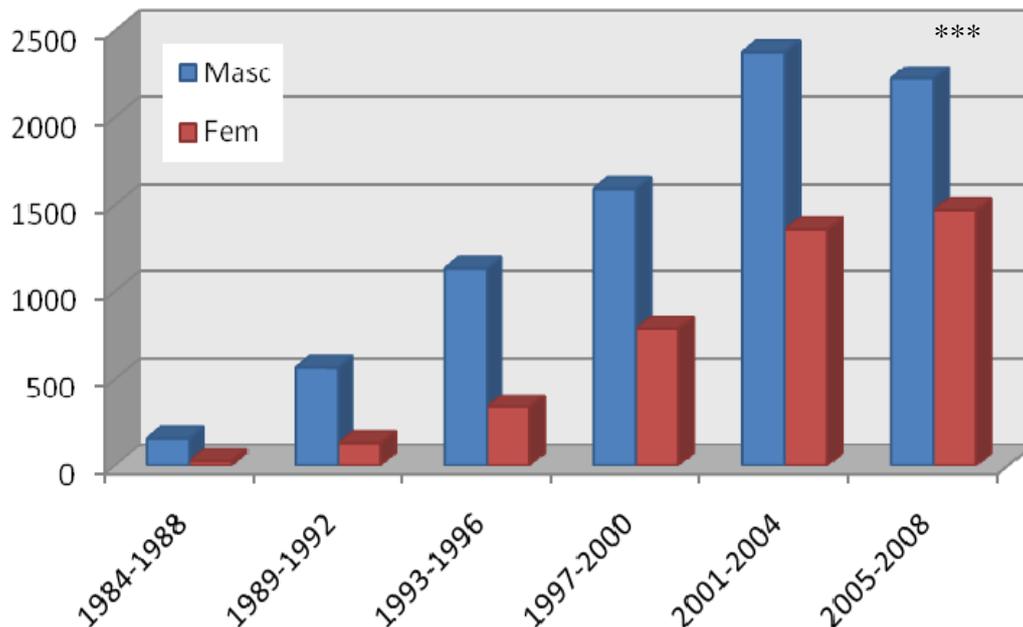


Gráfico 3: Casos notificados de AIDS em idosos no Brasil, separados por sexo, até junho de 2008. (Fonte: BRASIL, 2008; DATASUS, 2009) *** - dados incompletos

2.1.2 Contágio

O HIV pode ser transmitido pelo contato sexual, contato com sangue contaminado ou ainda no período perinatal, da mãe para o filho. Até meados dos anos 80, quando os métodos para seleção de doadores e controle de sangue não eram tão rigorosos, a transfusão sanguínea representava o principal fator de risco para a aquisição do vírus HIV entre os idosos. Atualmente, observa-se que a maioria dos casos de AIDS nos pacientes nesta faixa etária pode ser atribuída ao contato sexual ou ao uso de drogas injetáveis (NGUYEN; HOLODNIY, 2008).

A sexualidade na terceira idade é um tema pouco conhecido e menos entendido pela sociedade, pelos próprios idosos e pelos profissionais da saúde (STEINKE, 1997). A crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estão inexoravelmente ligados, tem sido responsável pela pouca atenção dada a uma das atividades mais fortemente associadas à qualidade de vida, como é a sexualidade (PORTER; WALL; EVANS, 1993; CALDAS, 2006).

Em uma revisão recente de fatores de risco para a infecção pelo HIV em idosos, constatou-se que a vida sexual destes indivíduos é bastante ativa,

principalmente entre os homens. A grande maioria das mulheres idosas não tinha conhecimento sobre o risco pessoal e/ou não adotavam medidas preventivas. O uso de preservativos entre as mulheres parece decrescer com a idade, já que estas, por não estarem mais em idade fértil, consideram-no desnecessário. Outras barreiras potenciais ao uso destes incluem dificuldades de comunicação entre os parceiros, preocupação com a falta de confiança e o sentimento de que o parceiro masculino é que controla o uso de preservativos. Outros fatores que podem aumentar o risco de transmissão do HIV entre as idosas incluem a troca de parceiros sexuais devido a divórcio ou morte e as modificações na mucosa vaginal que ocorrem com a menopausa (paredes vaginais mais finas, diminuição da lubrificação), que aumentam a probabilidade de trauma e a conseqüente ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) (NGUYEN; HOLODNIY, 2008). Entre os homens, as mudanças de ereção do pênis podem causar situações difíceis no uso do preservativo (SOUSA, 2008). Além disso, em conseqüência do desenvolvimento de drogas contra a impotência sexual, homens mais velhos que por muitos anos estiveram incapazes de ter relações sexuais tornaram-se sexualmente ativos novamente (GOMES; SILVA, 2008).

Outro problema nesta população é a falta de informação. Em estudo realizado pelo Instituto de Ciência da Saúde e Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 2006, com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre HIV/AIDS em pessoas com mais de 60 anos, foi demonstrado que 41,4% dos entrevistados acreditavam que a picada de mosquito transmite o vírus da AIDS, 80% referiram não usar preservativo durante as relações sexuais e 37% ainda consideravam a AIDS uma síndrome restrita a grupos específicos, como homens que fazem sexo com outros homens, usuários de drogas e profissionais do sexo (LAZZAROTTO et al., 2008).

A representação sobre a prevenção da AIDS ainda se configura em elementos resultantes das propagandas na mídia, mas que na prática são contraditórias (FONTES; SALDANHA; ARAUJO, 2006). A não-inclusão desse grupo etário em campanhas de prevenção deixa essas pessoas expostas ao risco de serem infectadas pelo HIV em relações sexuais (GORINCHTEYN, 2005). A escassez de campanhas dirigidas aos idosos para a prevenção de DST, aliada ao preconceito em relação ao uso de preservativos nessa população e a sua maior atividade sexual, expõe um segmento importante da população ao risco de contrair infecção pelo HIV. Além disso, os profissionais de saúde não estão adequadamente

treinados para o pronto diagnóstico de DST nessa faixa etária, em que, em geral, as enfermidades crônico-degenerativas têm um papel predominante (GOMES; SILVA, 2008).

2.1.3 Diagnóstico e aspectos clínicos

O diagnóstico da AIDS é complexo entre os idosos e a infecção detectada apenas depois de uma investigação extensa e por exclusão de outras doenças, o que atrasa o diagnóstico e o tratamento na maioria dos casos. Muitos profissionais raramente consideram doenças sexualmente transmissíveis como HIV/AIDS na velhice, seja por julgamentos próprios, ou por concepções errôneas, em função de crenças equivocadas sobre a sexualidade e a vulnerabilidade ao HIV nesta faixa etária (WOOTEN-BIELSKI, 1999).

As pessoas com idade acima de 50 anos, quando infectadas pelo HIV, tendem a manifestar os efeitos da imunodepressão de forma mais acelerada que as pessoas jovens, porque têm acrescidos à AIDS os efeitos de outras doenças que frequentemente aparecem com a aproximação da terceira idade. Em se tratando de pessoas com 65 anos ou mais, esses efeitos são ainda mais evidentes (BRASILEIRO; FREITAS, 2006).

De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em pessoas idosas ocorre um processo mais rápido de progressão à AIDS. Sintomas de infecção avançada, como fadiga, perda de memória e perda de peso, podem ser confundidos com sinais do envelhecimento, desta forma impedindo que os infectados procurem ajuda médica precocemente, que os ajudaria a permanecer saudáveis e evitar o risco da transmissão do HIV (GOMES; SILVA, 2008).

Sob o ponto de vista clínico, a infecção pelo HIV pode ser uma “grande simuladora” no idoso, imitando um grande espectro de doenças, especialmente quando estão presentes distúrbios cognitivos. A demência associada a AIDS e outras complicações do sistema nervoso central demandam um diagnóstico diferencial preciso com outras doenças neurológicas comumente reconhecidas na idade avançada, mas caracterizadas por origem vascular ou degenerativa. (RINALDI et al., 1997).

2.1.4 Manifestações neuropsiquiátricas

Pouco se sabe sobre a incidência, prevalência e evolução de distúrbios psiquiátricos em idosos infectados pelo HIV, visto que AIDS em idosos constitui um capítulo novo na História da Medicina. Síndromes e sintomas neuropsiquiátricos que vão do transtorno depressivo maior à apatia e irritabilidade são frequentes nestes pacientes. Estes distúrbios podem ser consequentes aos efeitos da infecção pelo HIV no sistema nervoso central, uma reação a perdas, frustrações ou estigmas associados ao HIV/AIDS. Além disso, embora distúrbios psiquiátricos possam ocorrer como consequência da infecção pelo HIV, eles representam fatores de risco para o contágio, podendo preceder a infecção em alguns casos (HINKIN et al., 2001).

Distúrbios psiquiátricos podem alterar a progressão da infecção pelo HIV, comprometendo a função imune ou influenciando comportamentos (ex: adesão ou abandono ao tratamento, procura por drogas ilícitas ou álcool). O luto está associado com diminuição da citotoxicidade de linfócitos *natural-killer*, queda do número de linfócitos T CD4 e resposta proliferativa a fitohemaglutinina (GOODKIN et al., 1996; KEMENY; DEAN, 1995; KEMENY et al., 1995). Existem evidências que o tratamento direcionado a distúrbios psiquiátricos reverte os déficits imunológicos associados a estes (GOODKIN; FEASTER; ASTHANA, 1998).

Medicamentos utilizados no tratamento crônico da infecção também estão relacionados a sintomas neuropsiquiátricos. O uso de Efavirenz (um inibidor da transcriptase reversa não-nucleosídeo) associa-se a toxicidade neuropsiquiátrica em 53% dos casos, sendo o humor deprimido o mais comum (HINKIN et al., 2001).

Alguns estudos sugerem que pacientes HIV+ têm taxas maiores de mania secundária e desordem afetiva bipolar. A neurotoxicidade do HIV pode ter um papel importante na gênese de alguns destes casos de mania secundária e há algumas evidências que o uso de medicamentos antirretrovirais que penetram o sistema nervoso central confira proteção contra este distúrbio (MIJCH et al., 1999). Comportamento maníaco (incluindo aumento de atividade sexual e maior frequência de uso de drogas ilícitas) é um fator de risco para o contágio e a transmissão do HIV.

Foi demonstrado que há alta frequência de ansiedade entre os pacientes HIV+; este distúrbio psiquiátrico, nesta população, relaciona-se a sintomas de fadiga (SEWELL et al., 2000). A síndrome do estresse pós-traumático pode se desenvolver

em resposta ao diagnóstico da infecção pelo HIV, principalmente em pacientes com história de outros distúrbios psiquiátricos e/ou história de exposição prévia a outros eventos traumáticos (KELLY et al., 1998).

Sintomas psicóticos podem ser encontrados em pacientes HIV+ por diversos motivos. Primeiramente, a doença mental pode significar alto risco para o contágio do HIV, pelo alto índice de uso de drogas, parceiros sexuais múltiplos anônimos e até mesmo troca de droga por sexo (COURNOS et al., 1991). Além disso, a infecção pelo HIV por si só pode estar associada com sintomas psicóticos; a prevalência varia de 0,5 a 15% (GRANT; ATKINSON, 2000). A patogênese da psicose não é totalmente conhecida. Especula-se que a neurodegeneração subcortical causada pelo HIV ou concomitante a outras infecções virais pode ser parcialmente responsável. Por outro lado, há evidências de que estes pacientes têm história prévia de uso de metanfetaminas, com a possibilidade da neurotoxicidade persistente associada a anfetamina ser a causa do distúrbio (SEWELL et al., 1994).

Diversos efeitos deletérios da infecção pelo HIV nas funções neuropsicológicas têm sido observados. Disfunção neurocognitiva associada ao HIV (DNH) pode variar de discretos déficits na velocidade de processamento das informações a uma síndrome demencial grave, a demência associada ao HIV (DAH). A prevalência e a gravidade do comprometimento cognitivo-motor associados ao HIV aumentam em função da progressão da doença. DAH atualmente mostra prevalência de 7-10% no curso da AIDS, conta 17-25% há alguns anos atrás. A prevalência de DNH é menos estudada, mas pode ocorrer em 25-30% dos indivíduos com infecção recente pelo HIV e em até 40% dos pacientes com AIDS. O comprometimento subclínico, somente percebido com a realização de testes cognitivos, ocorre em 22-30% dos soropositivos assintomáticos (HINKIN et al., 2001).

2.1.5 Depressão e HIV

Transtornos depressivos estão presentes em 22 a 36% dos pacientes HIV+ (FERRANDO et al., 1998; RABKIN; WAGNER; RABKIN, 1999; BING et al., 2001). Ciesla e Roberts (2001) realizaram uma meta-análise de estudos publicados e observaram que a frequência de depressão maior entre pacientes HIV+ era quase

igual ao dobro da mesma entre pacientes soronegativos para o HIV (HIV-). A frequência de depressão entre pacientes terminais varia de 13 a 26% enquanto que entre os HIV+ a mesma varia de 22 a 32% (MARTIN; JACKSON, 2000). A depressão maior em pacientes HIV+ está associada a vários fatores: (1) descoberta da infecção, início dos sintomas físicos, progressão da doença e das limitações por ela impostas e as complexas questões psicossociais envolvidas; (2) invasão do sistema nervoso central pelo HIV, por infecções oportunistas ou por tumores intracranianos; (3) desencadeamento de episódio depressivo em populações vulneráveis (ex: homossexuais e usuários de drogas injetáveis) (MARTIN; JACKSON, 2000).

O diagnóstico de depressão em pacientes infectados pode ser dificultado pelo fato de que alguns dos indicadores de depressão (anorexia, fraqueza, fadiga e perda de peso) são de pouca valia como critério diagnóstico em algumas fases da doença (principalmente na fase avançada), já que os sintomas físicos debilitantes podem mimetizar tais indicadores. Portanto, a avaliação dos sintomas deve ser criteriosa e atenta ao estágio da doença.

O HIV produz mudanças em estruturas como gânglios da base, tálamo e lobo frontal que podem levar a transtornos da motivação e do humor. Com o avançar da doença, o próprio sistema imune, pela liberação de citocinas, pode contribuir para o aparecimento dos sintomas de uma síndrome caracterizada por: apatia, inércia, irritabilidade, alterações da memória, lentidão cognitiva, sintomas depressivos, abandono das atividades habituais, mudanças na personalidade e dificuldade em administrar conhecimentos adquiridos. Esse é o quadro conhecido DAH e os sintomas nos estágios iniciais podem ser semelhantes ao quadro depressivo. Na infecção pelo HIV, deve-se atentar também para a indução de sintomas depressivos por medicamentos, tais como zidovudina, interferon, efavirenz, corticosteróides e outros (MALBERGIER; SCHÖFFEL, 2001).

A influência da depressão na evolução da infecção pelo HIV é objeto de vários estudos, sem, todavia haver um consenso. Burack e outros (1993) observaram que “sintomas depressivos eram fatores preditivos de um declínio mais rápido dos níveis de linfócitos T CD4+”. Estudos mais recentes têm mostrado que a depressão pode ter um impacto na progressão da infecção pelo HIV, já que indivíduos com sintomas depressivos apresentaram, após 2 anos de seguimento, alterações imunológicas que podem apresentar implicações clínicas nessa

população (LESERMAN et al., 1997). Outro estudo em indivíduos infectados pelo HIV, mas sem AIDS, acompanhados por mais de 7 anos, mostrou associação entre progressão mais rápida para AIDS e maior número de eventos estressantes (LESERMAN et al., 2000). Do mesmo modo, indivíduos com mecanismos de negação de problemas e baixa satisfação com seu suporte social evoluíram mais rapidamente para AIDS (LESERMAN et al., 2000).

2.2 DEPRESSÃO EM IDOSOS

2.2.1 Definição

Não é fácil conceituar ou mesmo diagnosticar depressão, devido à multiplicidade de suas manifestações e da extensão de sua nosografia. O termo depressão gera enorme confusão diagnóstica entre os profissionais de saúde, por conta dos inúmeros significados que o termo tem - por exemplo, um estado afetivo normal (tristeza), um sintoma, uma síndrome e uma doença (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009).

Depressão é um termo utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para se referir a manifestações psicopatológicas distintas, tais como estado de humor deprimido não-patológico, síndrome depressiva menor, síndrome depressiva maior idiopática (ou Transtorno Depressivo Maior), síndrome depressiva maior relacionada a efeitos de medicamentos e outros.

O Episódio Depressivo Maior tem seu diagnóstico definido pela quarta edição do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM-IV, 1994), segundo os seguintes critérios:

a) No mínimo 5 dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) acentuada diminuição do interesse ou prazer.

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito). Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável;

(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros);

(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.

Nota: Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados;

(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias;

(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias;

(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente);

(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros);

(9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio;

b) Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto.

c) Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

d) Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (ex: droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (ex: hipotireoidismo).

e) Os sintomas não são mais bem explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

Para caracterizar o Transtorno Depressivo Maior, segundo a DSM-IV, é definido que o paciente apresente um curso clínico caracterizado por um ou mais Episódios Depressivos Maiores, sem história de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos. Portanto o Transtorno Depressivo Maior caracteriza-se pela recidiva de um Episódio Depressivo Maior anterior.

A DSM-IV define critério, ainda, para os episódios de Transtorno do Humor Induzido por Substância (devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina) ou de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. Estes não contam para um diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior.

Depressão menor ou depressão atípica merece atenção pela frequência em que aparece nas consultas ambulatoriais. Diferente da depressão maior os pacientes devem ter de 2 a 4 sintomas (ao invés de 5) além de anedonia e/ou humor deprimido. Muitos pacientes com múltiplas queixas sem causa orgânica têm depressão menor (BARRET et al., 1988). Estudos epidemiológicos demonstraram que 10 a 18% dos pacientes que procuram um centro de atenção primária com depressão menor desenvolverão depressão maior ao longo de 1 ano (WELLS et al., 1989; MAIER; GÄNSICKE; WEIFFENBACH, 1997).

De outra maneira o termo “menor” não deve causar a impressão de que a doença tem menor importância, pois se estima que, em um ano de seguimento, 20% dos pacientes com depressão menor terão incapacidade social moderada à grave (WELLS et al., 1989; MAIER; GÄNSICKE; WEIFFENBACH, 1997).

A distímia é uma forma mais crônica do transtorno do humor, menos grave, definida como humor deprimido a maior parte do dia, na maioria dos dias por um mínimo de 2 anos consecutivos. Também devem estar presentes dois dos seguintes sintomas: apetite diminuído ou hiperfagia, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa auto-estima, fraca concentração ou dificuldade para tomar decisões (DSM-IV, 1994). A prevalência de distímia ao longo da vida varia de 4,1 até 8,6% (BLAND, 1997).

2.2.2 Epidemiologia

O transtorno depressivo maior é o problema psiquiátrico mais prevalente entre os idosos e muitos fatores estão envolvidos neste distúrbio, como gênero feminino, doenças somáticas, declínio cognitivo e funcional, falta ou perda de contato social e eventos de vida estressantes (DJERNES, 2006).

A depressão ocupa o quinto lugar como o problema de saúde mais prevalente no mundo, afetando 120 milhões de pessoas, segundo a OMS. Tem sido

apontada como um problema de saúde pública que afeta pelo menos um em cada seis pacientes idosos tratados na atenção básica (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009). Estima-se que em 2020 essa doença será a segunda mais incapacitante do mundo, ficando atrás apenas da doença cardíaca isquêmica (MURRAY; LOPEZ, 1996).

As taxas de prevalência de depressão geriátrica diferem consideravelmente, dependendo da definição de depressão, do critério diagnóstico e da população de interesse, sendo mais altas onde comorbidades com doenças físicas são mais comuns. As estimativas de prevalência de todas as formas de depressão geriátrica são mais altas nos pacientes institucionalizados intactos cognitivamente (cerca de 60%), intermediárias nos pacientes com doenças crônicas hospitalizados ou em unidades de atenção primária (cerca de 25%) e mais baixas nos residentes na comunidade (cerca de 10%) (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009).

Djernes (2006) em revisão sobre depressão geriátrica observou que são preditores de depressão ou sintomas depressivos o sexo feminino, idade (quanto maior a idade, maior o risco), estado civil (não-casados e viúvos sob maior risco), distúrbios cognitivos, doenças somáticas crônicas, comprometimento funcional (principalmente dependência nas atividades da vida diária), isolamento social, acontecimentos estressantes, história prévia de doença psiquiátrica, alcoolismo, ansiedade, baixo nível educacional, problemas financeiros, entre outros.

Pacientes com comorbidades também têm maior frequência de depressão. Aproximadamente 20% dos pacientes com doença arterial coronariana apresentam depressão maior na época da cineangiocoronariografia ou após o infarto agudo do miocárdio e outros 20% têm transtorno depressivo menor nestas mesmas épocas. Pacientes com doenças neurológicas têm prevalência variável de depressão, dependendo da população estudada e dos critérios diagnósticos; nos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral (AVC) a depressão maior é encontrada em cerca de 20%, assim como a depressão menor (KRISHNAN et al., 2002).

Entre os pacientes HIV+, esta doença é ainda mais frequente, conforme citado anteriormente nesta publicação (vide item 2.1.5).

2.2.3 Etiologia

Existem diversas hipóteses e fatores envolvidos na gênese da depressão em idosos. Entre os fatores biológicos, muita atenção tem sido dada aos marcadores genéticos específicos para a depressão geriátrica. Nebes e outros (2001) demonstraram que hiperintensidades na substância branca não-periventricular estavam associadas a sintomas depressivos, principalmente em idosos portadores do alelo $\epsilon 4$ (gene da apolipoproteína E).

Muitos estudos citam ainda o “risco vascular” de depressão geriátrica; lesões vasculares em áreas específicas do cérebro contribuem para uma única variedade de depressão geriátrica. A “depressão vascular” mostra semelhança clínica com as síndromes do lobo frontal e a ressonância nuclear magnética (RNM) destes pacientes mostra anormalidades estruturais em áreas relacionadas às vias cortico-estriato-palido-talamo-corticais, incluindo os lobos frontais, núcleo caudado e putâmen. Mudanças endócrinas também estão envolvidas; depressão geriátrica está associada com hipersecreção de fator de liberação de corticotropina (CRF), o que se acredita ser o mediador de distúrbios do sono e do apetite, diminuição da libido e sintomas psicomotores (BLAZER, 2003).

Neurotransmissores regulam o humor, o movimento, a pressão arterial e a condução do impulso pós-sináptico. Norepinefrina, serotonina e dopamina estimulam a transmissão enquanto que o sistema do ácido gama-amino-butírico e outras substâncias inibem a neurotransmissão no cérebro; um determinado nível de amins e/ou sensibilidade de receptores a catecolaminas regulam o humor. A deficiência na sensibilidade dos receptores ou a depleção na síntese de amins pode gerar distúrbio do humor (VALENTE, 2003).

A associação entre depressão geriátrica e suporte social deficiente já é conhecida de longa data. O suporte social deficiente relaciona-se ainda com pior prognóstico da depressão em homens idosos. Solidão é outro fator social importante, que piora o prognóstico e aumenta a frequência de depressão entre os idosos. A prática religiosa parece conferir proteção relativa contra a depressão em idosos (BLAZER, 2003).

Entre os pacientes HIV+, os sintomas depressivos podem ser causados ainda pela lesão neuronal direta do HIV no sistema nervoso central, efeitos

colaterais de medicamentos, deficiências nutricionais, perdas, suporte social deficiente ou doença avançada.

Dentre os medicamentos citados com efeitos colaterais depressivos, destaca-se o efavirenz, um inibidor não competitivo, não-análogo de nucleosídeo inibidor da transcriptase reversa do HIV. Foi relatada uma alta frequência de reações adversas neuropsiquiátricas por Lochet e outros (2003) e os sintomas depressivos figuraram entre os mais comuns.

2.2.4 Diagnóstico

Apesar do vasto arsenal propedêutico disponível atualmente, o diagnóstico da depressão persiste sendo essencialmente clínico (). Porém, a avaliação geral do idoso deprimido em busca de alterações endócrinas, doenças metabólicas ou outras comorbidades é fundamental.

Orienta-se uma rotina básica de sangue que inclua: hemograma, íons, escórias, glicemia, hormônios tireoidianos, ácido fólico, vitamina B12, função hepática, sorologia para sífilis, urinálise, radiografia de tórax e eletrocardiograma.

A utilização da neuroimagem vem ganhando terreno nos distúrbios psiquiátricos. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância nuclear magnética (RNM) são úteis no diagnóstico diferencial com tumores, doenças degenerativas, hemorragias intracranianas etc (GREENWALD et al., 1996; SOARES; MANN, 1997; NOVARETTI et al., 2001).

Os exames de imagem para avaliação de função como a tomografia por emissão de pósitrons (PET) não são recomendados nessa rotina, embora pesquisadores os tenham utilizado no diagnóstico diferencial com diversos tipos de demência (SOARES; MANN, 1997; GEORGE; KETTER; POST, 1993).

O diagnóstico diferencial mais importante deve ser feito entre a depressão e as demências. A alteração de memória na depressão estaria relacionada a uma desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, levando a efeitos adversos de hormônios do estresse sobre o hipocampo (ROZENTHAL; LAKS; ENGELHARDT, 2004).

Estas duas doenças são muito prevalentes nessa população, podendo estar superpostas, dificultando o tratamento e piorando o prognóstico. A

“Pseudodemência depressiva” é uma entidade clínica que atribui os sintomas cognitivos à depressão que, se tratada adequadamente, reverteria o quadro cognitivo. Há evidências de que a depressão poderia ser o início de um quadro demencial (COPELAND et al., 1992; KAY et al., 1985).

Vários fatores contribuem para tornar a detecção da depressão em idosos difícil, dentre os quais podemos citar: múltiplas doenças, isolamento social, início insidioso dos sintomas, déficit cognitivo, alterações próprias do envelhecimento tais como declínio da função sexual, retardo psicomotor, distúrbios do sono, alterações do hábito intestinal tendendo à constipação e sintomas subjetivos de perda da memória. Em alguns casos há ausência de sintomas óbvios de baixa de humor (HERRMANN; LIEFF; SILBERFELD, 1989; GUIMARÃES; CUNHA et al., 2002).

2.2.5 Escalas de avaliação

Pelas dificuldades já expostas na caracterização adequada de sintomas depressivos, entendemos que o uso sistemático de instrumentos pode facilitar a detecção destes distúrbios na prática clínica. As escalas para o rastreamento de sintomas depressivos são alguns destes instrumentos. Atualmente muitas destas escalas estão disponíveis e algumas já foram validadas e são confiáveis. A seguir descreveremos brevemente algumas das escalas mais citadas na literatura médica para o rastreamento de sintomas depressivos.

2.2.5.1 Inventário de depressão de Beck

Foi descrito em 1961, desenvolvido baseado nas observações de duas amostras de pacientes deprimidos (com 225 e 183 pacientes). São 21 itens divididos em categorias, cada uma delas descrevendo uma manifestação comportamental específica dos indivíduos deprimidos observados (BECK et al., 1961). A validação da versão em português do inventário de depressão de Beck foi feita Gorenstein e Andrade (1996), em estudo com 270 estudantes universitários, dos quais 117 tinham síndrome do pânico e 30 tinham depressão. A consistência interna foi 0,81 no total da amostra e de 0,88 nos deprimidos. Pelo fato desse inventário apoiar-se em

sintomas somáticos, para a caracterização dos distúrbios depressivos, ele não é muito utilizado na população idosa.

2.2.5.2 Escala de depressão de Zung

Desenvolvida em 1965 (ZUNG, 1965). Foram utilizados critérios clínicos para diagnosticar as desordens depressivas. É composta por 20 itens, cada um deles com 4 possíveis respostas, a saber: nunca ou poucas vezes, algumas vezes, boa parte do tempo e a maioria do tempo. É auto-aplicável ou por um entrevistador, simples e breve; como no caso do inventário de Beck, apóia-se em sintomas somáticos, não sendo utilizada na população idosa.

2.2.5.3 Inventário de depressão de Hamilton

Foi criado em 1967, com 17 itens que incluem componentes cognitivos e comportamentais da depressão, além de avaliar queixas somáticas como as anteriores. É amplamente utilizada e útil para avaliar a gravidade dos quadros depressivos, mas não é utilizada como ferramenta de rastreamento de depressão. Deve ser aplicada por um entrevistador (HAMILTON, 1967).

2.2.5.4 Escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos

A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos foi desenvolvida em 1977 por Radloff. São 20 itens com uma ampla variedade de questões sobre o humor, é auto aplicável, não distingue entre os efeitos emocionais de uma doença e a depressão. Tem como finalidade original detectar sintomas depressivos em populações adultas. A sintomatologia depressiva investigada no instrumento inclui alguns universos: humor deprimido, culpa, inutilidade, auto-estima, desamparo, desesperança, distúrbios do sono e apetite e retardo psicomotor. No Brasil, a CES-D teve sua adaptação cultural e estudo de propriedades psicométricas realizada por Silveira e Jorge (1998). Este estudo aponta para o melhor

desempenho da escala quando se utiliza o ponto de corte 15 para identificação de casos de depressão. Batistoni, Neri e Cupertino (2007) aplicaram esta escala em uma população idosa, com índices de validade interna satisfatória (sensibilidade = 74,6% e especificidade = 73,6%). No mesmo estudo, observou-se que esta escala apresentou uma maior frequência de falso-positivos quando comparada a Escala de Depressão Geriátrica (33,8% x 15%).

2.2.5.5 Escala de depressão geriátrica

A Escala de depressão geriátrica (EDG) foi descrita na língua inglesa por Yesavage e outros (1983). A escala original tem 30 itens e foi desenvolvida especialmente para avaliar distúrbios de humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas, por serem comuns nessa população. O propósito da EDG é servir como um instrumento para o rastreamento de sintomas depressivos na população idosa. Suas vantagens incluem a pequena variação das respostas: sim/não, diferente de outras que comportam múltiplas opções; é de simples aplicação, não necessita de um profissional da área da saúde mental para sua aplicação, pode ser auto-aplicada ou por um entrevistador treinado e as perguntas são de fácil entendimento (VAN MARWIJK et al., 1995; MONTORIO; IZAL, 2005; CHIU et al., 1994; DUNN; SACCO, 1989). O estudo de confiabilidade e validação da EDG-30, (YESAVAGE et al., 1983), constatou que no ponto de corte 10/11 (não caso/caso), a sensibilidade encontrada foi 84% e a especificidade de 95%. A partir desses achados os autores sugeriram que a escala era boa para avaliar sintomas depressivos na população idosa (BRINK; YESAVAGE; LUM, 1982). A EDG-30 já foi traduzida para vários idiomas e vem sendo utilizada em vários países com resultados consistentes em diferentes culturas (SHEIKH et al., 1991; MADIANOS; GOURNAS; STEFANIS, 1992; MONTORIO; IZAL, 2005; STILES; MCGARRAHAN, 1998; BAKER; ESPINO, 1997; CARPINELLO et al., 1995; CHAN, 1996; GANGULI et al., 1999).

2.2.5.6 Escala de depressão geriátrica versão reduzida

A versão original da EDG possui 30 itens, porém outras versões reduzidas vêm sendo propostas por vários autores, com 15 (EDG-15) (SHEIKH; YESAVAGE, 1986), 12, 10 (EDG-10), 4 e 1 item. A consistência interna e validade dessas versões foram analisadas por diversos estudos, todos indicando que a EDG-15 e EDG-10 apresentam bom desempenho na detecção de casos de depressão em idosos (ALDEN; AUSTIN; STURGEON, 1989; LESHER; BERRYHILL, 1994; D'ATH et al., 1994; HOYL et al., 1999; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). As versões reduzidas são atrativas para o uso em ambientes de triagem e ambulatorios gerais, pois o tempo necessário para sua administração é menor (BURKE; ROCCAFORTE; WENGEL, 1991; KATONA et al., 1997; SHAH et al., 1997).

Lyness e outros (1997), avaliaram a validade da EDG-15 para o diagnóstico de depressão em idosos atendidos em 3 ambulatorios gerais em Nova Iorque. Um grupo de 130 indivíduos maiores de 60 anos foi testado e posteriormente atendido pelo clínico-geral que utilizou o *The Structured Clinical Interview for the DSM-III R*, estabelecido como o padrão-ouro, para o diagnóstico de depressão maior ou distímia. O ponto de corte 5/6, mostrou uma sensibilidade de 92% e especificidade de 81%. Os autores concluem que essa escala, tanto em sua versão original quanto reduzida, tem boas propriedades como instrumento de rastreamento de sintomas depressivos em idosos (LYNESS, 1997).

Lim e outros (2000), estudaram a acurácia diagnóstica da EDG-15, em idosos chineses. Noventa e oito idosos sem diagnóstico prévio de depressão, vivendo ativos na comunidade foram comparados a 75 pacientes com diagnóstico de depressão. O ponto de corte mais adequado foi 4/5, com sensibilidade de 84% e especificidade de 85,7%, os autores sugerem que esse instrumento seja válido para o diagnóstico de depressão nessa população e o ponto de corte 4/5 é inferior ao sugerido por outros autores de 5/6 (LIM et al., 2000).

Fountoulakis e outros (1999) estudaram a EDG-15 na Grécia. Os indivíduos tinham mais de 65 anos e foram divididos em dois grupos; o grupo controle com 168 e o outro com 103 indivíduos com diagnóstico de depressão dado pela consulta clínica. Com o ponto de corte 6/7, a sensibilidade encontrada foi 92,23% e a especificidade 95,24%. Os autores concluíram que na população estudada, esta escala mostrou-se confiável e válida para o diagnóstico de depressão e o ponto de

corde 6/7 é superior ao sugerido por outros autores de 5/6 (FOUNTOULAKIS et al., 1999).

O primeiro estudo feito no Brasil para a validação da EDG-15 que encontramos em nossa revisão bibliográfica foi de Osvaldo P. Almeida e Shirley Almeida (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999) e foi desenhado com o objetivo de avaliar a validade das versões com 15 e 10 itens da Escala de Depressão Geriátrica comparado ao diagnóstico de episódio depressivo maior ou distímia de acordo com os critérios do DSM-IV e da décima edição do Código Internacional de Doenças (CID-10). Foram selecionados 64 indivíduos com 60 ou mais anos de idade atendidos de forma consecutiva nos ambulatórios da Unidade de Idosos do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo entre fevereiro e maio de 1998. Todos preenchiam critérios para o diagnóstico de transtorno depressivo (em remissão ou atual) de acordo com o CID-10 e apresentavam escores maiores do que 10 no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Os autores demonstraram que as versões brasileiras da EDG-15 e EDG-10 oferecem medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com os critérios da CID-10 e DSM-IV. O ponto de corte 5/6 (não caso/caso) para a EDG-15 produziu índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com o CID-10. Os valores preditivos positivo e negativo foram respectivamente 85,3% e 73,9%. De forma semelhante, taxas de 90,9%, 64,5%, 73,2% e 86,9% foram respectivamente produzidas para o diagnóstico de depressão maior de acordo com os critérios do DSM-IV.

Paradela, Lourenço e Veras (2005) aplicaram a escala em 302 indivíduos com 65 anos ou mais em ambulatório geral, que em seguida foram examinados, de maneira independente, por um geriatra que não tinha conhecimento dos resultados da escala. Os diagnósticos de Depressão Maior ou Distímia foram feitos utilizando-se os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV*. Com o ponto de corte de 5/6, obteve sensibilidade de 81% e especificidade de 71%, concluindo que a EDG-15 pode ser utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos na população geriátrica ambulatorial brasileira.

Devido à validade da escala como instrumento de rastreamento em nossa população, facilidade de aplicação e boa sensibilidade, escolhemos a EDG-15 como ferramenta diagnóstica em nosso trabalho.

Trata-se de um instrumento composto por um conjunto de 15 perguntas ou itens. Cada pergunta somente pode ser respondida por “sim” ou “não”. Caso a resposta seja igual a que está entre parênteses na respectiva pergunta, o item vale 1 ponto e, se for diferente, vale 0. Soma-se os pontos de todos os itens, obtendo-se uma pontuação final (ANEXO A).

2.2.6 Avaliação cognitiva - Mini-exame do estado mental

Criado em 1975 (FOLSTEIN; FOLSTEIN; McHUGH, 1975), é provavelmente o instrumento mais utilizado mundialmente, possuindo versões em diversas línguas e países. Já foi validado para a população brasileira (ALMEIDA, 1998). Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva (ANEXO B).

3 O ESTUDO

3.1 JUSTIFICATIVA

A AIDS apresentou nas últimas décadas um aumento considerável do número de notificações entre os pacientes acima de 60 anos. Essa população representa um grande desafio na abordagem terapêutica em virtude da necessidade de gerenciamento de outras comorbidades.

O episódio depressivo maior é o transtorno psiquiátrico mais prevalente entre os idosos e, no caso dos pacientes portadores do HIV, um importante fator complicador, já que pode alterar negativamente e de maneira importante a adesão ao tratamento da infecção e a própria evolução da doença.

O reconhecimento da doença psiquiátrica para seu correto manejo proporciona uma melhor abordagem por parte dos profissionais de saúde e possivelmente uma melhor evolução clínica dos pacientes idosos HIV+.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 Geral

Verificar a frequência de depressão numa população de idosos soropositivos para o HIV.

3.2.2 Específicos

Avaliar as possíveis associações de variáveis sócio-demográficas e biomédicas com a presença de depressão.

Definir a pontuação mais adequada para o diagnóstico de depressão nesta população, de acordo com a EDG-15.

3.3 METODOLOGIA

3.3.1 Desenho do estudo

Estudo transversal quantitativo analítico.

3.3.2 População estudada

No período de janeiro de 2008 a julho de 2009, estudou-se de forma consecutiva, uma amostra de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos de idade e sorologia positiva para o HIV, atendida no ambulatório do Serviço de Imunologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (ANEXO C). Todos os participantes tomaram ciência do conteúdo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo seguiu os termos da resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde. O pesquisador responsável pelo estudo não foi subvencionado.

Não há nenhum interesse, particular ou financeiro, por parte do autor ou de seu orientador na indicação de qualquer tratamento ou conduta médica que não seja consenso já estabelecido e recomendado pela literatura científica mundial e/ou que não esteja de acordo com a rotina do Serviço de Imunologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

3.3.3 Critérios de inclusão

Foram definidos os seguintes critérios para inclusão no estudo:

- Presença de anticorpos séricos para o HIV pelos métodos ELISA e Western blot;
- Idade igual ou superior a 60 anos no momento da avaliação;
- Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, após ciência do seu conteúdo;

- Capacidade de ouvir, entender e responder às perguntas.

3.3.4 Critérios de exclusão

Foram definidos os seguintes critérios para exclusão do estudo:

- Distúrbios cognitivos que gerassem incapacidade de responder a perguntas simples, cujas respostas fossem “sim” ou “não”;
- Presença de doença aguda e/ou complicação aguda de doença crônica conhecida que tenha causado alteração perceptível (para o paciente e/ou seu acompanhante) no estado mental ou no humor do paciente no momento da avaliação;
- Uso contínuo, pelos últimos 6 meses de medicamentos psicotrópicos das seguintes classes: benzodiazepínicos, hipnóticos, anticonvulsivantes, estabilizadores do humor, opióides, antiparkinsonianos, antipsicóticos e anticolinesterásicos;

3.3.5 Instrumentos e coleta de dados

Os dados foram coletados através de questionário aplicado em entrevista direta com os participantes, realizada pelo autor do estudo.

A avaliação das variáveis estudadas se deu através desta entrevista, na qual foram coletados os dados de identificação, demográficos, clínicos e de exames complementares previamente realizados por motivo de cuidado à saúde no acompanhamento regular no ambulatório de Imunologia.

Na mesma entrevista, durante Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), foram aplicados os seguintes instrumentos:

- Rastreamento de depressão: versão traduzida para o português da escala de depressão geriátrica versão reduzida de 15 itens - EDG-15 (ANEXO A).
- Avaliação cognitiva: versão modificada e traduzida para o português do mini-exame do estado mental (ANEXO B) (BRUCKI et al., 2003).

Após a AGA, cada paciente foi avaliado quanto à presença ou não dos critérios definidores de Episódio Depressivo Maior pelo DSM-IV (vide item 2.2.1), por

outro médico geriatra independente (para avaliação da validade da escala adotada para rastreamento), que não tinha conhecimento prévio do escore obtido na EDG.

3.3.6 Análise estatística

Utilizamos tabelas e gráficos adequados para a descrição geral de nossa amostra. Definimos pela maior área sob a curva ROC, o ponto de corte do escore da EDG-15 para a definição de casos de depressão, de acordo com os critérios da DSM-IV, avaliados pelo geriatra independente. Calculou-se então o coeficiente de correlação de Spearman para a comparação entre a frequência de depressão pelos critérios da DSM-IV e pela EDG-15.

Posteriormente, dividimos a amostra em 2 grupos, de acordo com o escore obtido na avaliação pela EDG-15. O grupo I (G.I) foi composto pelos pacientes não-deprimidos (escores inferiores ao ponto de corte) e o grupo II (G.II) pelos pacientes deprimidos (escores iguais ou superiores ao ponto de corte).

Utilizamos o Teste Exato de Fisher na comparação de variáveis categóricas e o Teste de Mann-Whitney para a comparação de variáveis numéricas entre os grupos. Foi utilizado o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 14.0.

Admitimos como estatisticamente significativos os resultados que apresentaram o p-valor $< 0,05$.

3.4 RESULTADOS

3.4.1 Variáveis demográficas e biomédicas da amostra total

Foram avaliados inicialmente 75 pacientes, porém, um deles estava fazendo uso crônico de antidepressivos e outros 2 pacientes apresentavam, no momento da avaliação, infecções oportunistas agudas que causaram alterações agudas importantes do humor e do estado mental (toxoplasmose cerebral e meningite criptocócica, confirmados laboratorialmente durante internação hospitalar posterior). Assim, nossa amostra final foi composta por 72 pacientes.

Em relação sexo, 51,4% dos pacientes eram mulheres (Gráfico 4) e a idade variou de 60 a 84 anos, com média de 67,5 e desvio padrão de 5,7 (Gráfico 5). A idade ao diagnóstico da infecção pelo HIV variou de 44 a 81 anos, com média de 59,8 e desvio padrão de 7,0 (Gráfico 6). A escolaridade variou de 0 a 17 anos de estudo, com média de 6,6 e desvio padrão de 4,6 (Gráficos 7 e 8).

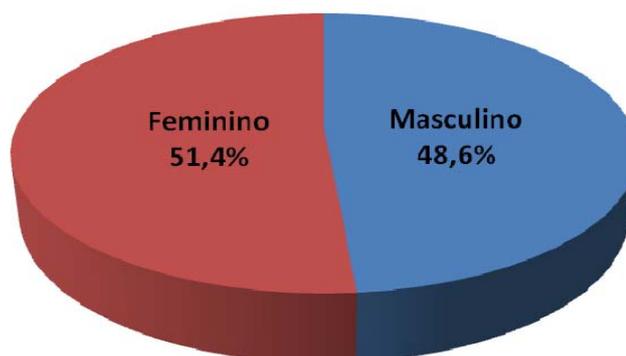


Gráfico 4: Distribuição da amostra segundo o sexo

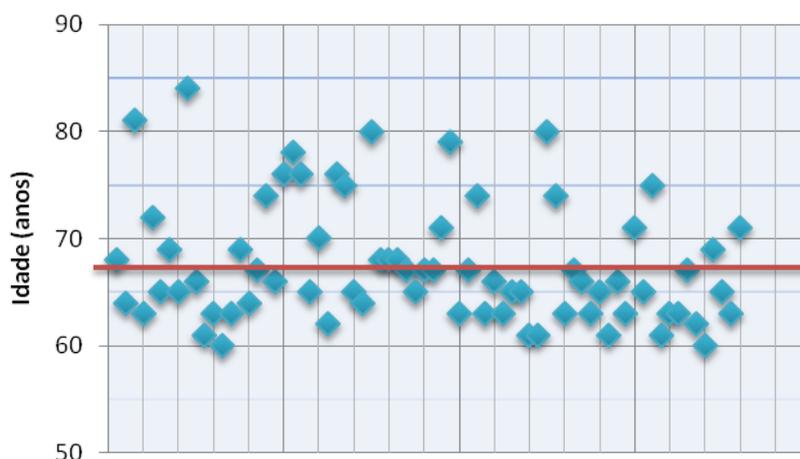


Gráfico 5: Dispersão da idade dos pacientes (reta vermelha = média)

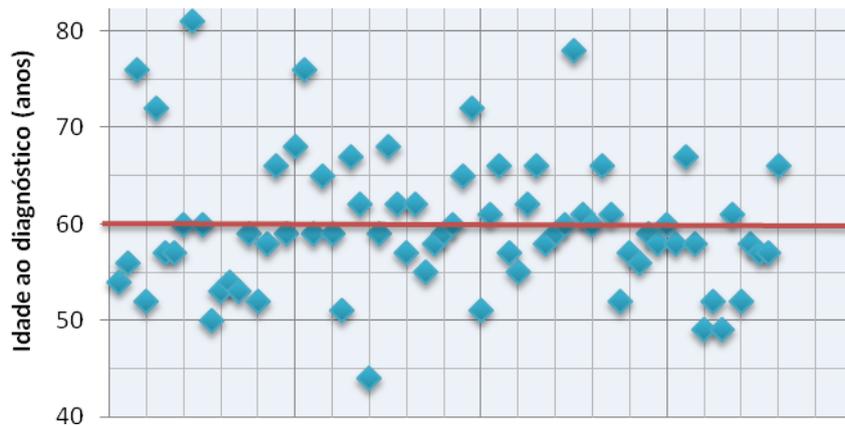


Gráfico 6: Dispersão da idade dos pacientes à época do diagnóstico da infecção pelo HIV (reta vermelha = média)

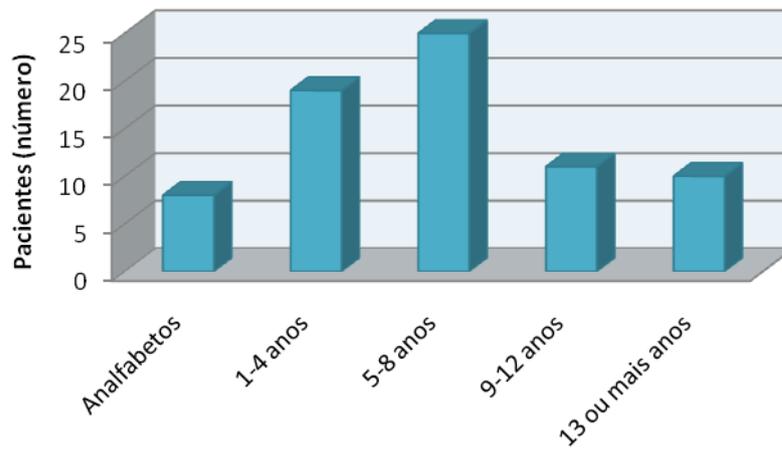


Gráfico 7: Distribuição por faixas de escolaridade

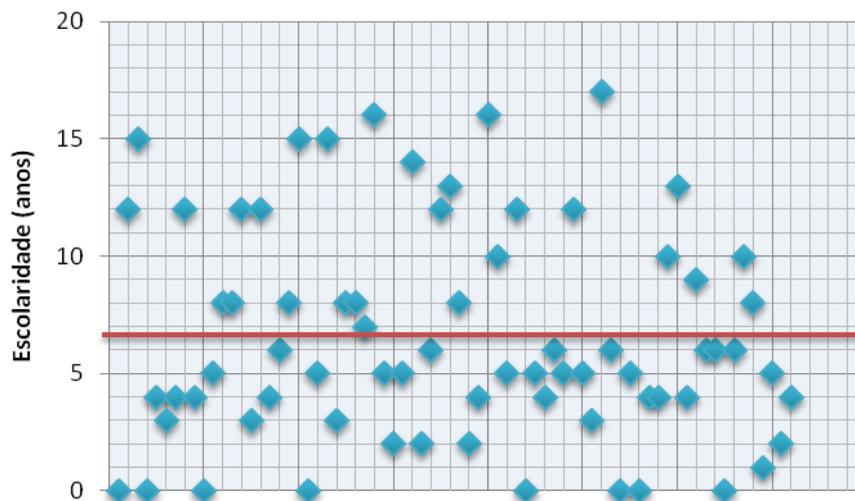


Gráfico 8: Dispersão da escolaridade (reta vermelha = média)

Em relação às comorbidades, metade dos pacientes apresentou história prévia de hipertensão arterial sistêmica (HAS), 36,1% de dislipidemia, 13,9% de peso abaixo do normal (IMC < 18,5 kg/m²), 18,1% de diabetes mellitus (DM), 13,9% de tabagismo atual e 16,7% de obesidade (índice de massa corpórea, IMC, igual ou maior que 30,00 kg/m²). Somente 11,1% dos pacientes relataram fazer atividade física regularmente 2 ou mais vezes por semana (Gráfico 9).

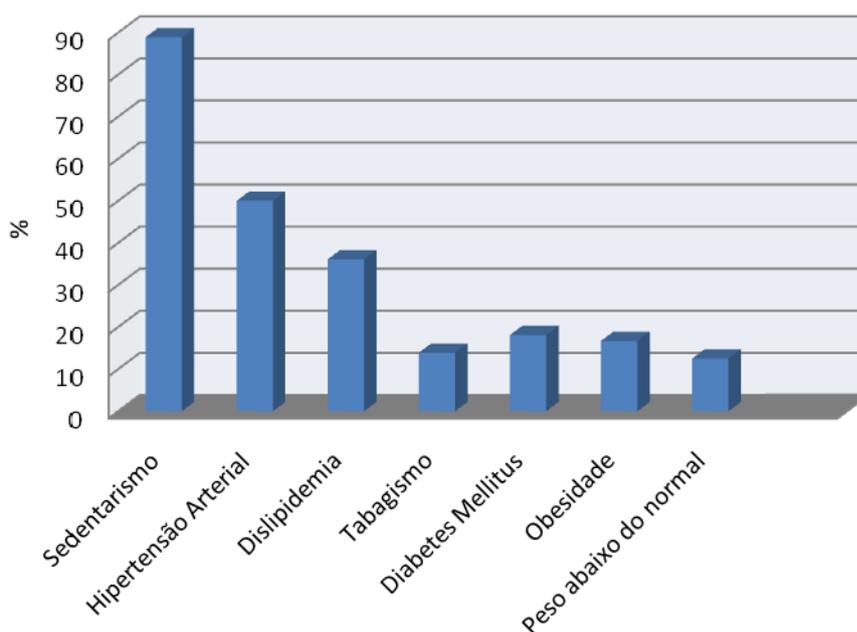


Gráfico 9: Comorbidades mais comumente observadas

A resposta à terapia antirretroviral mostrou-se satisfatória na amostra. A contagem de linfócitos T CD4 foi de 176 ± 23 células/mm³ à época do diagnóstico e no momento da avaliação a mesma foi de 414 ± 37 células/mm³ (Gráfico 10). O mesmo foi observado com a carga viral (CV), que se mostrou igual a 68352 ± 32789 cópias/mL à época do diagnóstico e 0 ± 12541 cópias/mL no momento da avaliação (Gráfico 11), sendo que neste segundo momento, 69,4% dos pacientes apresentavam CV indetectável (<50 cópias/mL). O gráfico 12 mostra os esquemas antirretrovirais utilizados pelos pacientes do nosso estudo.

O tempo em tratamento antirretroviral em nossa amostra foi de $7,75 \pm 4,42$ anos.

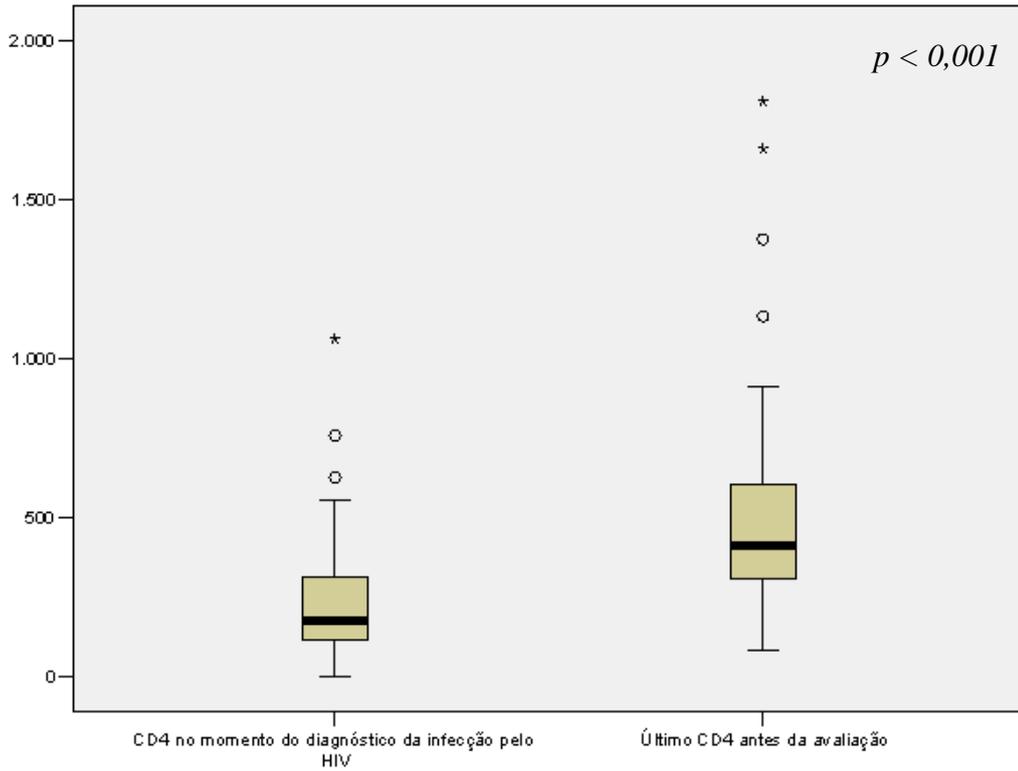


Gráfico 10: Contagem de linfócitos T CD4 antes do início do tratamento e no momento da avaliação

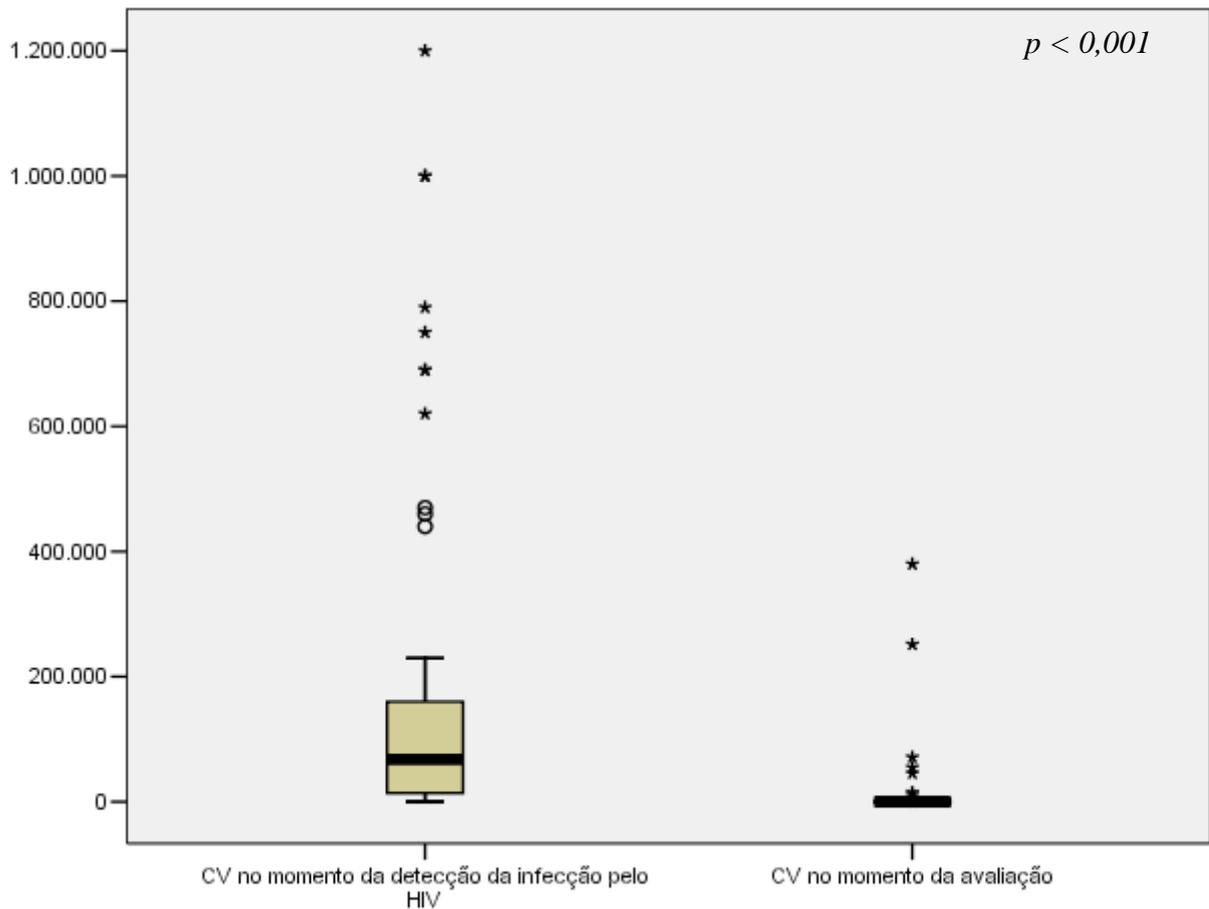


Gráfico 11: Carga viral antes do início do tratamento e no momento da avaliação

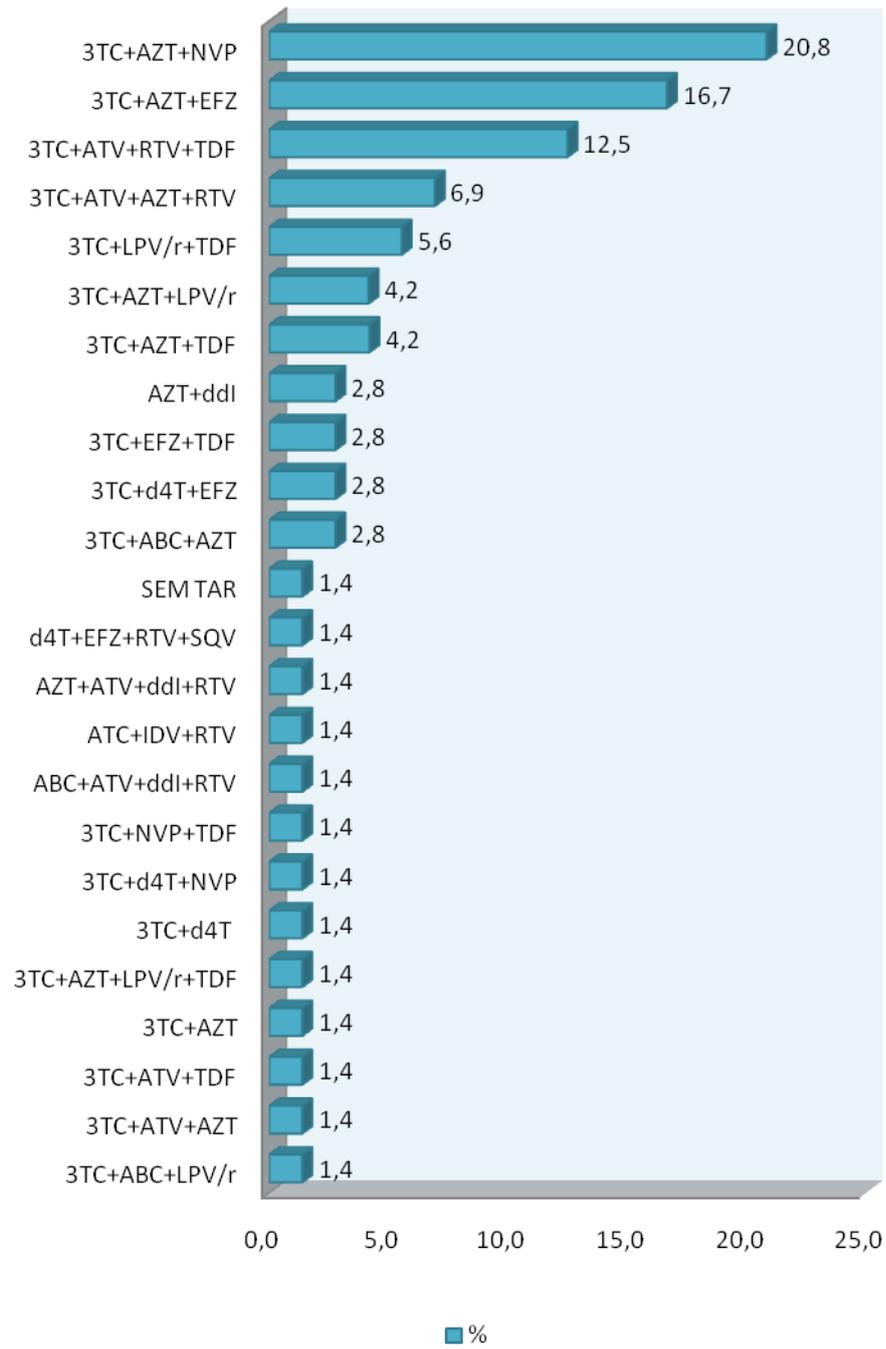


Gráfico 12: Esquemas antirretrovirais utilizados pelos pacientes

A EDG mostrou escore médio de 4,7 com desvio padrão de 3,6 pontos (Gráfico 13). O MEEM mostrou escores variando de 12 a 30 pontos, com média de 25,7 e desvio padrão de 4,2 (Gráfico 14).

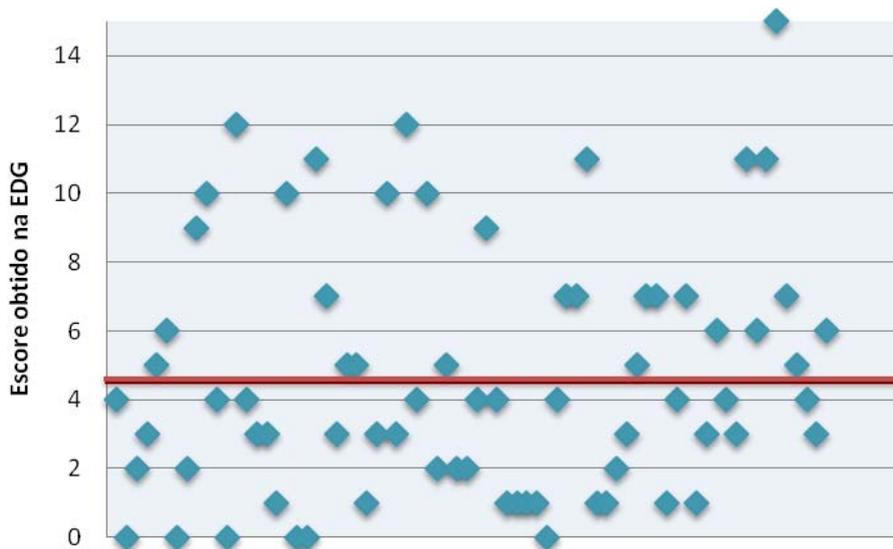


Gráfico 13: Dispersão dos escores encontrados na EDG-15 (reta vermelha = média)

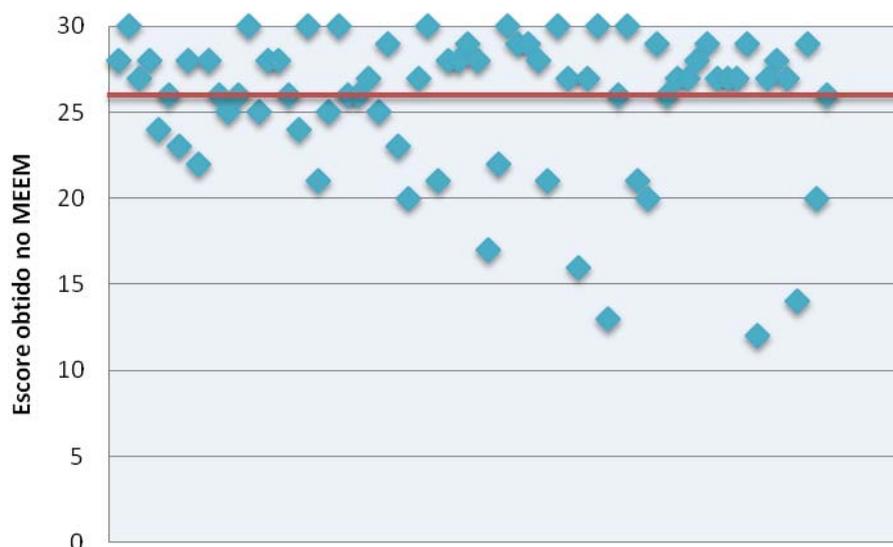


Gráfico 14: Dispersão dos escores encontrados no MEEM (reta vermelha = média)

A avaliação feita por um segundo geriatra mostrou que 22,2% dos pacientes preenchiam aos critérios de episódio depressivo maior pela DSM-IV. A curva ROC (Gráfico 15) mostrou maior área sob a curva (0,924) ao considerarmos como deprimidos os pacientes que obtiveram valores iguais ou superiores a 7 no escore

da EDG-15. Para este valor de corte, a sensibilidade foi 93,8% e a especificidade foi 91,1%.

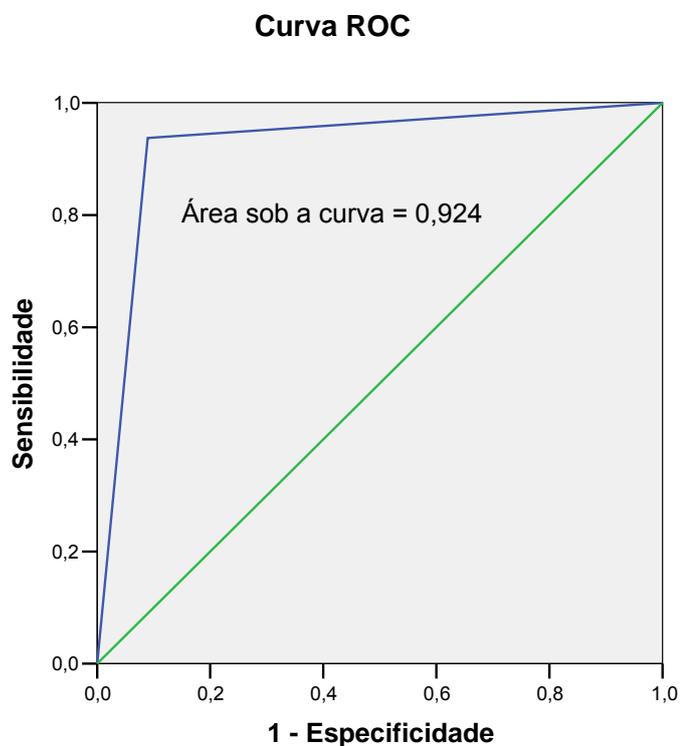


Gráfico 15: Curva ROC; valor de corte = 7 na EDG-15

Considerando como 7 o valor de corte para a definição de casos de depressão, observamos que 27,8% dos pacientes tiveram rastreamento positivo pela EDG-15, contra 22,2% pelos critérios da DSM-IV (Gráfico 16).

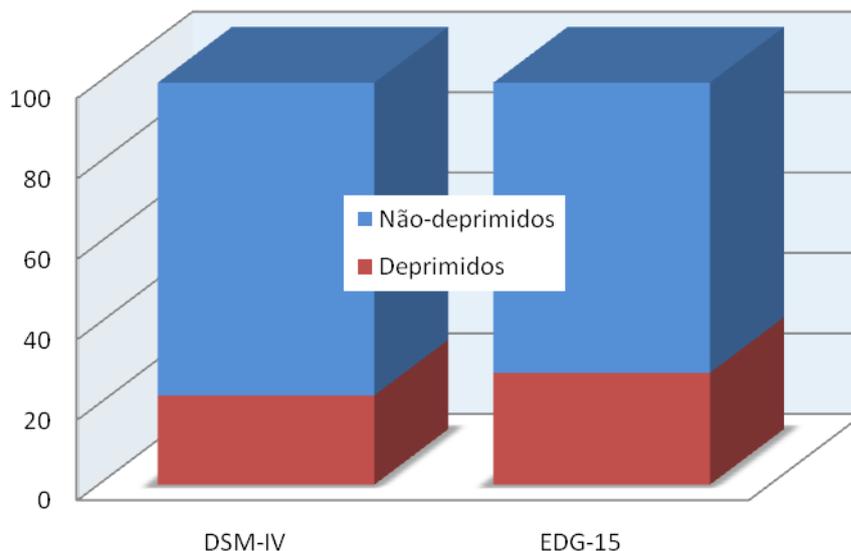


Gráfico 16: Frequência de depressão (%) segundo os critérios da DSM-IV e o rastreamento pela EDG-15

3.4.2 Correlação de Spearman

O coeficiente de correlação de Spearman foi de $+0,787$, mostrando correlação positiva e estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre o diagnóstico de depressão pelos critérios da DSM-IV e pela EDG, ao considerar como rastreamento positivo para depressão os casos que obtiveram escores iguais ou superiores a 7 nesta escala.

3.4.3 Comparação entre os grupos

O G.I (EDG < 7) foi composto por 52 pacientes, predominantemente do sexo masculino (73,8%) e com idade de $68,0 \pm 7,0$ anos. O G.II (20 pacientes) foi composto por uma proporção significativamente ($p = 0,018$) menor de homens (25%) e a idade observada foi de $67,3 \pm 5,2$ anos (Gráficos 17 e 18). A idade ao diagnóstico foi semelhante entre os grupos ($59,8 \pm 9,0$ x $59,7 \pm 6,2$ anos respectivamente), assim como a escolaridade dos pacientes ($5,6 \pm 4,2$ x $7,0 \pm 4,7$ anos respectivamente) (Gráficos 19 e 20).

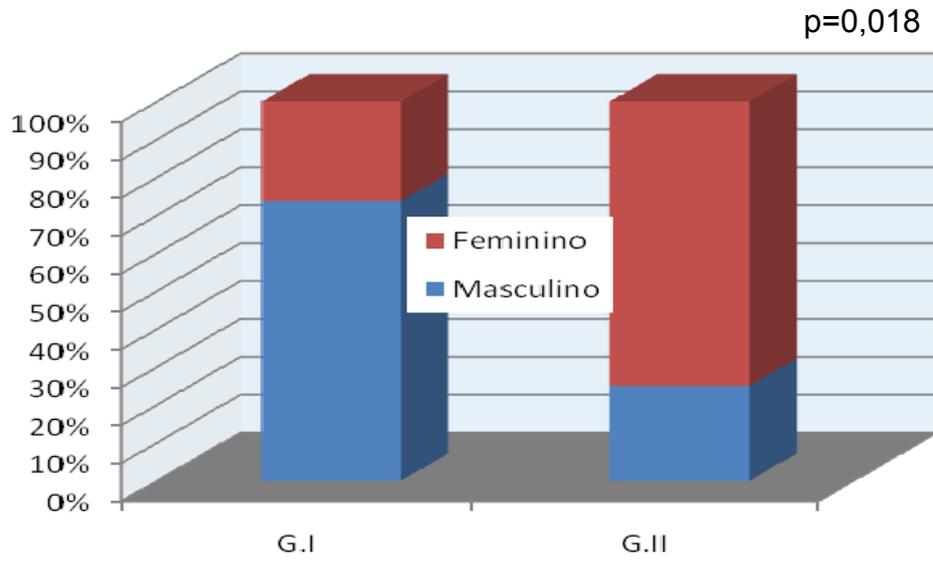


Gráfico 17: Distribuição segundo o sexo, comparação entre os grupos

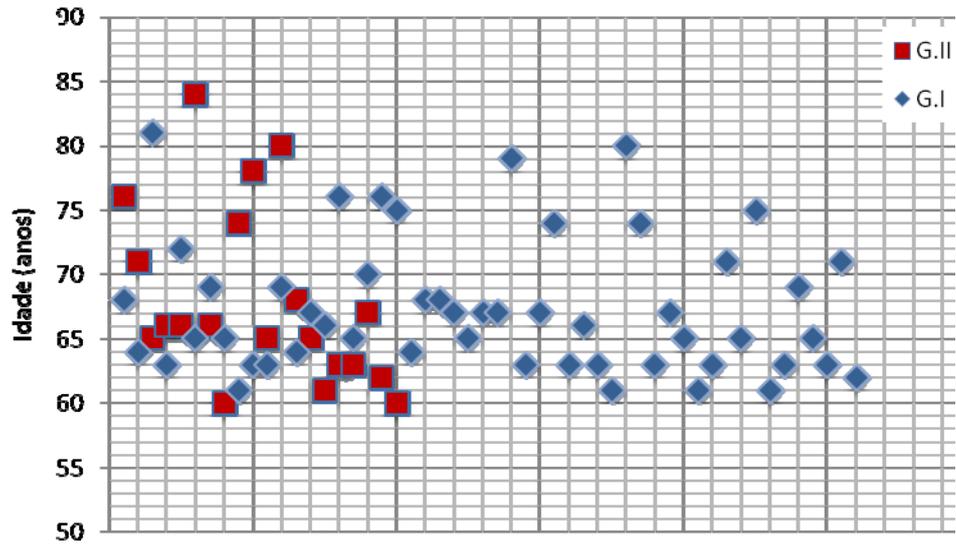


Gráfico 18: Dispersão da idade atual, comparação entre os grupos

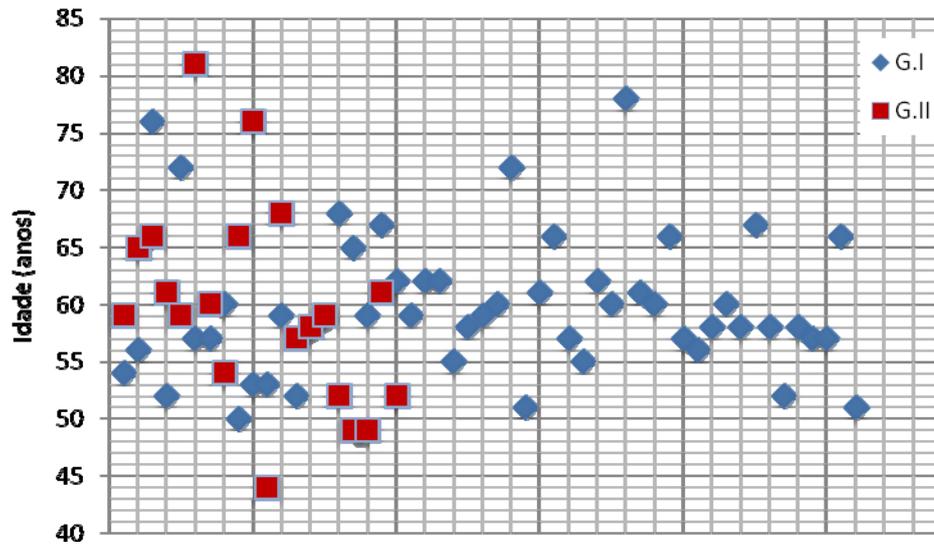


Gráfico 19: Dispersão da idade ao diagnóstico, comparação entre os grupos

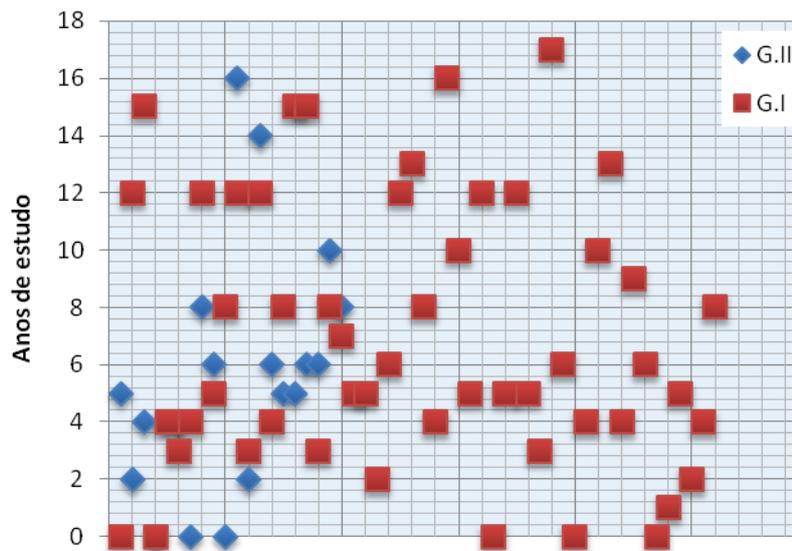


Gráfico 20: Dispersão da escolaridade em anos, comparação entre os grupos

Ao compararmos os grupos em relação às comorbidades (Gráfico 21), observamos diferença estatisticamente significativa somente na prevalência de tabagismo (7,7 x 30,0%).

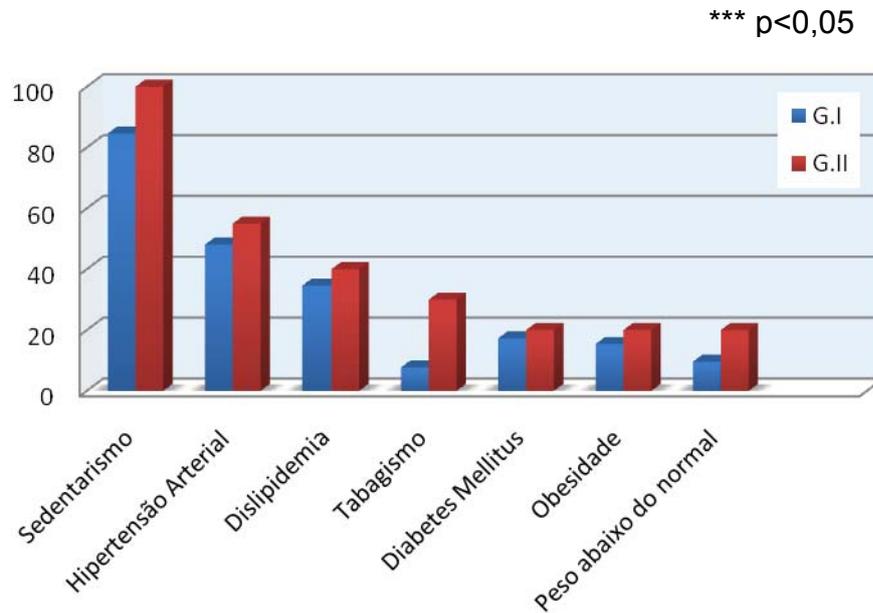


Gráfico 21: Comparação da prevalência de comorbidades entre os grupos

Não houve diferença entre os grupos na contagem de CD4 inicial, isto é, à época do diagnóstico da infecção pelo HIV. O G.I apresentou contagem de linfócitos T CD4 significativamente maior que a do G.II no momento da avaliação (494 ± 47 x 331 ± 33 $p=0,003$) (Gráfico 22). A carga viral não mostrou diferença entre os grupos à época do diagnóstico da infecção pelo HIV e nem no momento da avaliação dos pacientes. O tempo em tratamento antirretroviral também não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($7,81 \pm 4,68$ x $7,62 \pm 3,82$ anos).

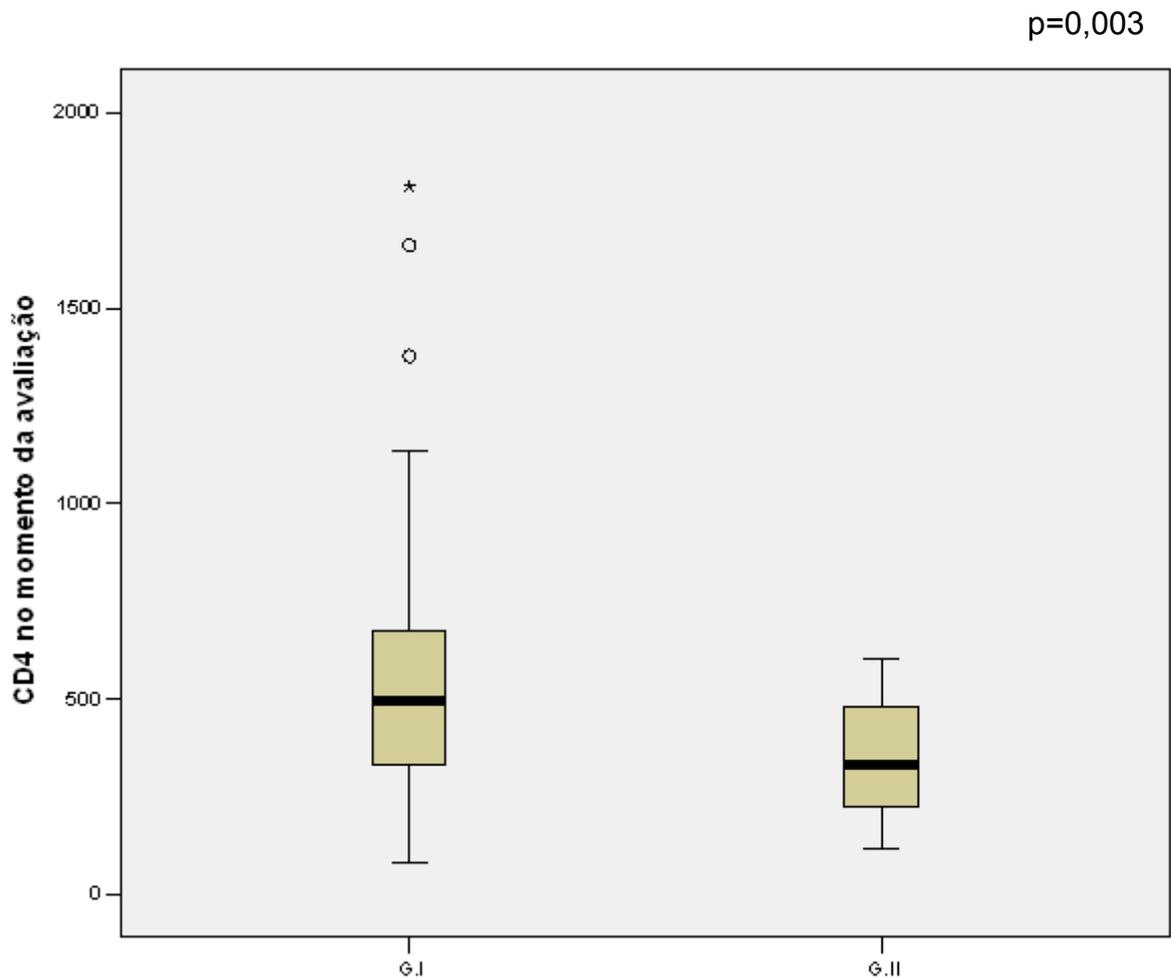


Gráfico 22: Contagem de linfócitos T CD4 no momento da avaliação, comparação entre os grupos

Observamos que o grupo de pacientes deprimidos utilizou significativamente mais a combinação lopinavir + ritonavir nos esquemas terapêuticos (Gráfico 23), entretanto, em virtude do reduzido tamanho da amostra de pacientes que usaram essa combinação de antirretrovirais, procedemos a nova análise desta com a Correção de Bonferroni, o que não confirmou esta diferença estatisticamente significativa.

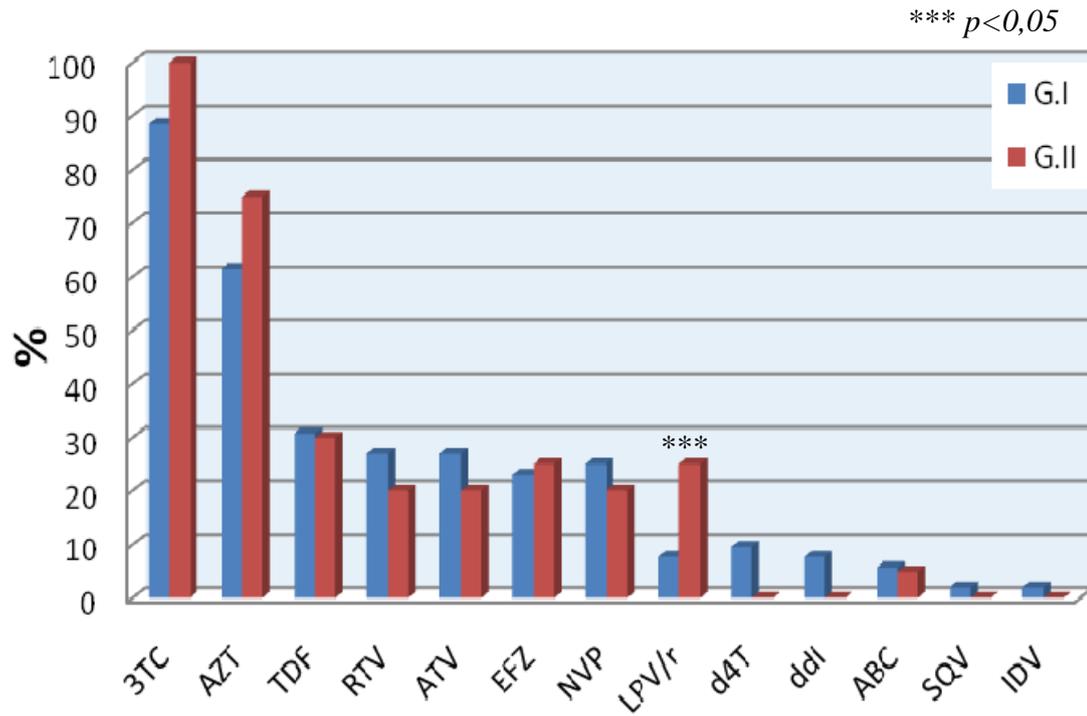


Gráfico 23: Comparação do uso de antirretrovirais entre os grupos

O MEEM mostrou escores semelhantes entre os grupos, sendo no G.I igual a $25,9 \pm 4,2$ e no G.II igual a $25,1 \pm 4,2$ (Gráfico 24).

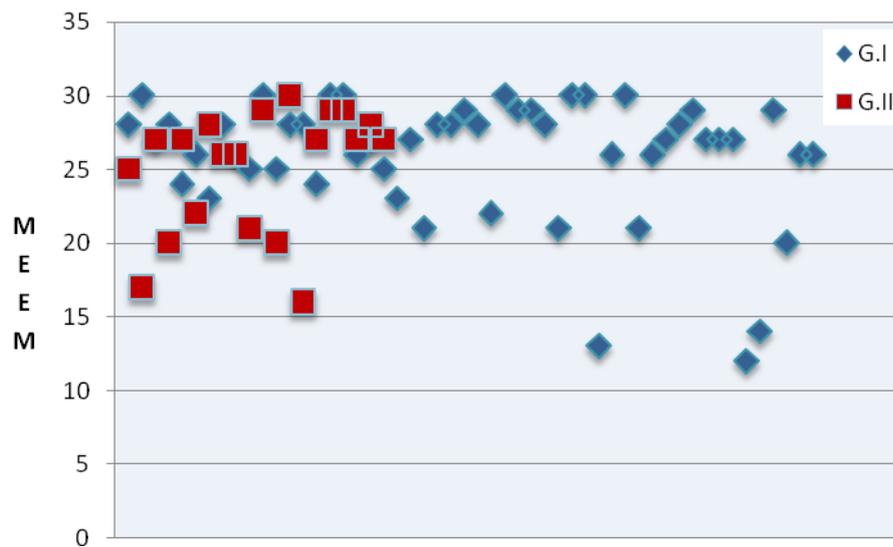


Gráfico 24: Comparação do MEEM entre os grupos

4 DISCUSSÃO

A infecção pelo HIV é um problema de saúde para os idosos com grande repercussão e em perspectiva mundial atualmente. Essa população é particularmente exposta ao risco de contrair a infecção pelo HIV, por diversas razões biológicas, culturais e sociais que acompanham o envelhecimento.

O tratamento antirretroviral na infecção pelo HIV mostra resultados entusiasmantes na população geral, o que permite hoje considerar a infecção pelo HIV uma doença crônica, tamanho o controle desta proporcionado pela TAR. A não-adesão a este tratamento por outro lado, induz a infecções mais resistentes e conseqüentemente, menores chances de controle da doença.

Os transtornos do humor são as desordens psiquiátricas mais comuns em idosos. Dentre estes a depressão é um problema freqüentemente relacionado à perda da autonomia e agravamento de quadros patológicos preexistentes. Representa um obstáculo à adesão ao tratamento de diversas doenças crônicas e, no caso do tratamento da infecção pelo HIV, repercute no maior ou menor sucesso da manutenção da quantificação da carga viral do HIV em níveis indetectáveis de forma sustentada. Idosos deprimidos tendem a ter mais incapacidades físicas e cognitivas que os não deprimidos (BLAZER, 2003; JETTE; BRANCH, 1981; TURNER; McLEAN, 1989).

Os sintomas depressivos são freqüentemente não reconhecidos tanto pelos idosos quanto pelos profissionais de saúde que os atendem, por isso não são tratados, causando grande sofrimento entre os pacientes e aos seus familiares (LYNESS et al., 1995; PRESTIDGE; LAKE, 1987).

Na maioria das vezes o primeiro atendimento aos idosos é realizado pelo clínico geral e somente uma pequena porcentagem de deprimidos é diagnosticada nessa primeira consulta. Por isso é desejável que haja instrumentos breves, simples, confiáveis e válidos que contribuam para o diagnóstico dessa doença nessa população.

Cutler e Heiser (1978) já recomendavam que todos os idosos fossem rotineiramente avaliados quanto a presença de sintomas depressivos. Para o auxílio no diagnóstico desses transtornos na população idosa, entendemos que o uso sistemático de instrumentos padronizados, pode facilitar sua detecção tanto em estudos populacionais quanto na prática clínica. As escalas de rastreamento são

alguns destes instrumentos. Atualmente muitas escalas estão disponíveis para a avaliação de sintomas depressivos, algumas já foram validadas e são confiáveis.

Nosso estudo tem peculiaridades metodológicas que lhe conferem ineditismo na população mundial. A revisão bibliográfica mostrou diversos estudos sobre a doença em adultos mais velhos, mas muitos deles adotaram o critério de idade superior a 50 anos para compor suas amostras (HECKMAN et al., 2002; JUSTICE et al., 2004; HINKIN et al., 2001; RABKIN; WAGNER; RABKIN, 1999). Nosso estudo respeitou aos critérios da Organização Mundial de Saúde em relação à idade para caracterizar um indivíduo como “idoso” em um país em desenvolvimento, considerando a idade mínima de 60 anos para tal.

Avaliamos um grupo de indivíduos que foram diagnosticados como portadores do HIV, na imensa maioria dos casos, após os 50 anos de idade, o que confirma a importância das novas campanhas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis direcionadas aos adultos mais velhos de nosso país.

O uso de psicotrópicos imediatamente antes da avaliação foi critério de exclusão. Com isso evitou-se o confundimento dos efeitos neuropsiquiátricos do psicotrópico sobre os escores obtidos nas escalas de avaliação geriátrica, bem como a definição de casos baseados nestas. Somente um paciente avaliado preencheu a estes critérios de exclusão; o mesmo fazia uso crônico de antidepressivo e encontrava-se “não-deprimido” de acordo com os critérios da DSM-IV e da EDG-15.

Pacientes com alteração perceptível do estado mental ou do humor no momento da avaliação, causado por doença aguda ou complicação aguda de doença crônica conhecida também foram excluídos do estudo, para que não houvesse a presença de casos de depressão secundária a doença física. Dois pacientes preencheram a este critério e posteriormente, durante internação em nossa Instituição, foram diagnosticados como portadores de toxoplasmose cerebral e meningite criptocócica, respectivamente.

Houve uma distribuição quase equânime dos pacientes de nossa amostra em relação ao sexo, o que reflete a feminização da epidemia da infecção pelo HIV entre os idosos. Mundialmente, vem sendo observado o aumento dos casos de HIV/AIDS, tanto em mulheres jovens, como a partir da meia-idade. Stokes, Vanable, Mckirnan (1997) considera o comportamento bissexual masculino como uma importante rota de transmissão do HIV para mulheres. Além disso, as mulheres idosas apresentam um maior risco para contrair o HIV sexualmente pelo fato do

epitélio da mucosa vaginal apresentar atrofia pela diminuição do efeito hormonal do estrogênio na pós-menopausa, com uma maior chance de injúria durante o coito (STOKES; VANABLE; MCKIRNAN, 1997; ZABLOTSKY; KENNEDY, 2003).

Em relação às comorbidades, nossa amostra apresentou prevalência semelhante à de outros estudos populacionais da população idosa brasileira. (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008). Entre os pacientes deprimidos, todas as comorbidades avaliadas apresentaram maior frequência entre os pacientes deprimidos, entretanto, somente o tabagismo atual foi significativamente maior, corroborando o que já foi observado pela literatura pesquisada (GAZALLE et al., 2004).

A escala de depressão geriátrica descrita por Yesavage e outros em 1983 foi desenvolvida especialmente para avaliar distúrbios de humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas, por serem comuns nessa população. O propósito da EDG é servir como um instrumento para o rastreamento de sintomas depressivos na população idosa. Suas vantagens incluem a pequena variação das respostas: sim/não, diferente de outras que comportam múltiplas opções, é de simples aplicação, não necessita de um profissional da área da saúde mental para sua aplicação, pode ser autoaplicada ou por um entrevistador treinado e as perguntas são fáceis de serem entendidas (VAN MARWIJK et al., 1995; MONTORIO; IZAL, 2005; CHIU et al., 1994; DUNN; SACCO, 1989).

Um estudo de validação da EDG com 15 itens já foi realizado em nosso meio por Almeida & Almeida em 1999. O objetivo era avaliar a validade de critério da versão traduzida por eles, em um ambulatório de saúde mental com 64 idosos, com diagnóstico prévio de episódio depressivo maior ou distímia de acordo com os critérios do DSM-IV e CID-10. Os autores demonstraram que a EDG-15 ofereceu medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com os critérios da CID-10 e DSM-IV.

Optamos por utilizar a EDG-15 como critério para rastreamento de depressão e separação da amostra em virtude deste instrumento ser válido para a população idosa brasileira e porque esta avaliação foi feita por um mesmo observador. Em nossa casuística, encontramos prevalência de depressão de 27,8%, porcentagem compatível com o que foi relatado por outros autores (MARTIN; JACKSON, 2000; BING et al., 2001; FERRANDO et al., 1998; RABKIN; WAGNER; RABKIN, 1999).

Na EDG-15 o ponto de corte utilizado foi superior ao de alguns estudiosos de depressão na população geriátrica (LYNESS et al., 1997; LIM et al., 2000; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005) e semelhante à do estudo de Fountoulakis e outros (1999). Adotamos este ponto de corte após traçar a curva ROC, que nos mostrou que o valor igual ou superior a 7 para a definição de casos de depressão mostrou maiores valores de sensibilidade e especificidade para a população de nosso estudo. Caso adotássemos valor de corte de 6, teríamos sensibilidade idêntica e especificidade consideravelmente menor para o diagnóstico de depressão em nossa população; com isso, o valor de corte igual a 7 mostrou maior acurácia diagnóstica, sem diminuição de sensibilidade.

Verificamos que entre os deprimidos, havia significativamente mais mulheres (75% entre os deprimidos, contra 26,2% entre os não-deprimidos), o que já fora descrito anteriormente por outros autores (DJERNES, 2006; GAZALLE et al., 2004).

O MEEM aplicado em nossa amostra mostrou semelhança do escore entre pacientes deprimidos e não-deprimidos. Dezesesseis pacientes mostraram MEEM inferior a 24. Ao considerarmos a escolaridade dos pacientes, 4 destes pacientes eram analfabetos, o que diminui o valor de corte para rastreamento cognitivo para 20 (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Assim, tivemos 16,7% pacientes com escores do MEEM sugerindo possível distúrbio cognitivo (15,4% do G.I e 20% do G.II), o que é semelhante ao encontrado em alguns estudos avaliados (HINKIN et al., 2001; REYS et al., 2006).

Nossos pacientes mostraram boa resposta à TAR, com aumento da contagem de linfócitos T CD4 e queda da carga viral estatisticamente significativos. Nos pacientes deprimidos, o aumento da contagem de CD4 foi significativamente menor que nos não-deprimidos, mostrando possível relação entre a depressão e a resposta imunológica, o que já foi citado anteriormente por Burack e outros (1993), Leserman e outros (1997) e Kahazura e outros (2006).

Não avaliamos a adesão ao tratamento antirretroviral em nosso estudo, o que nos limita somente a mostrar a relação entre depressão e menores níveis de linfócitos T CD4, sem, no entanto poder inferir sobre a causa desta relação.

O aumento de linfócitos T CD4 costuma ser significativamente menor nos idosos e a diminuição de carga viral é semelhante entre idosos e jovens (PEREZ; MOORE, 2003; TUMBARELLO et al., 2003). Alguns estudos, porém, não

evidenciaram diferença estatística na resposta imunológica e virológica (MANFREDI; CHIODO, 2000; ADEYEMI et al., 2003; TUMBARELLO et al., 2003).

Tumbarello e outros (2003) observaram resposta imune satisfatória, comparável com indivíduos jovens, em idosos que iniciaram TAR com baixas contagens de linfócitos T CD4. Isto ocorreu com rapidez, intensidade e persistência similar a adultos jovens, tornando-se, portanto, necessário o diagnóstico precoce do HIV em pacientes da terceira idade, para que o uso da TAR permita o aumento significativo de linfócitos T CD4 (TUMBARELLO et al., 2003).

Quanto ao uso de medicamentos antirretrovirais pelos pacientes idosos, verificou-se que eram distribuídos em 23 combinações diferentes. Diversos esquemas de TAR são prescritos, de acordo o estado clínico e imunológico, esquemas prévios e limitações individuais do paciente. Os esquemas mais utilizados nos idosos do HUGG são zidovudina + lamivudina + nevirapina e zidovudina + lamivudina + efavirenz.

Poucos estudos foram realizados para caracterizar os aspectos clínicos, epidemiológicos e farmacológicos desta doença em idosos. A maioria dos ensaios clínicos relativos à TAR e ao uso de quimioprevenções, apresentam como critérios de exclusão idade avançada ou presença de disfunções orgânicas, não existindo consensos para manejo dos pacientes geriátricos com HIV/AIDS (MANFREDI, 2004).

Os antirretrovirais disponíveis para o tratamento da infecção pelo HIV apresentam diversos efeitos adversos, podendo ocorrer toxicidade em longo prazo que parecem ser mais proeminentes nos idosos. Os efeitos adversos da TAR são representados por alterações do metabolismo glicídico e lipídico, aceleração do processo aterosclerótico, com conseqüente predisposição para hipertensão e doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares, lipodistrofia, osteonecrose avascular, osteoporose, pancreatite, esteatose hepática, neuropatia periférica, acidose láctica, nefrotoxicidade, hepatotoxicidade, entre outros (MANFREDI; CALZA, 2004). Estas condições mostram a importância da atenção para as doenças concomitantes comuns dos idosos, interações farmacológicas, farmacodinâmica e farmacocinética.

5 CONCLUSÕES

O presente estudo mostra alta prevalência de depressão entre os idosos portadores do HIV, reiterando a importância da avaliação sistemática desta população quanto à presença deste distúrbio.

O rastreamento do episódio depressivo maior feito pela EDG-15 mostrou-se factível e apresentou boa acurácia quando comparado ao diagnóstico pelos critérios da DSM-IV.

Sexo feminino, tabagismo atual e níveis menores de contagem de linfócitos T CD4 associaram-se mais frequentemente ao diagnóstico de depressão.

REFERÊNCIAS

ADEYEMI, O.M.; BADRI, S.M.; MAX, B.; CHINOMONA, N.; BARKER, D. HIV infection in older patients. *Clin Infect Dis.*, [S.l.], v. 36, n. 10, p. 1347-1347, 2003.

ALDEN, D.; AUSTIN, C.; STURGEON, R. A correlation between the Geriatric Depression Scale long and short forms. *J Gerontol.*, [S.l.], v. 44, n. 4, p.124-125, jul. 1989.

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.*, São Paulo, v. 57, n. 2B, jun. 1999.

ALMEIDA, O.P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.*, São Paulo, v. 56, n. 3B, p.605-612, set. 1998.

BAKER, F.M.; ESPINO, D.V. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. *Int J Geriatr Psychiatry.*, [S.l.], v. 12, n.1, p. 21-25, jan. 1997.

BARRETT, J.E.; BARRETT J.A.; OXMAN T.E.; GERBER P.D.; The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry.*, [S.l.], v. 45, n. 12, p. 1100-1106, 1988.

BATISTONI, S.S.T.; NERI, A.N.; CUPERTINO, A.P.F.B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.1, n. 4, p. 598-605, ago. 2007.

BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry.*, [S.l.], v. 4, n.6, p. 561-571, 1961.

BING, E.G.; BURNAM, M.A.; LONGSHORE, D.; FLEISHMAN, J.A.; SHERBOURNE, C.D.; LONDON, A.S.; TURNER, B.J.; EGGAN, F.; BECKMAN, R.; VITIELLO, B.; MORTON, S.C.; ORLANDO, M.; BOZZETTE, S.A.; ORTIZ-BARRON, L.; SHAPIRO, M. Psychiatric disorders and drug use among Human Immunodeficiency Virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, [S.l.], v. 58, n. 8, p. 721-728, 2001.

BLAND, R.C.; Epidemiology of affective disorders: a review. *Can J Psychiatry.*, [S.l.], v. 42, n. 4, p. 367-377, 1997.

BLANK, K.; GRUMAN, C.; ROBISON, J.T. Case-finding for depression in elderly people: balancing ease of administration with validity in varied treatment settings. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, [S.l.], v. 59, M378-M384, 2004.

BLAZER, D.G.; Depression in late life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology*, [S.l.], v. 58A, n. 3, p. 249-265, 2003.

BRASIL. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids, Brasil, ano V, n.1, dezembro de 2008.

BRASIL. Parecer nº 1301 de 2003. Estatuto do Idoso. Projeto de Lei da Câmara no 57. Brasília, DF: Senado Federal, Comissão Diretora, 2003.

BRASILEIRO, M.; FREITAS, M.I.F. Representações sociais sobre AIDS de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.l.], v. 14, n. 5, p. 789-795, set./out. 2006.

BRINK, T.A.; YESAVAGE, J.A.; LUM, O. Screening tests for geriatric depression. *Clin. Gerontologist*, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 37-44, 1982.

BRUCKI, S.M.D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P.H.F.; OKAMOTO, I.H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

BURACK, J.H.; BARRETT, D.C.; STALL, R.D.; CHESNEY, M.A.; EKSTRAND, M.L.; COATES, T.J.; Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *JAMA*, [S.l.], v. 270, n. 21, p. 2568-2573, 1993.

BURKE, W.J.; ROCCAFORTE, W.H.; WENGEL, S.P. The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, [S.l.], vol. 4, n. 3, p. 173-178, jul./sep. 1991.

BUTIN, N.G. *Finitude e envelhecimento: significados da morte no idoso soropositivo*. 2002. 98f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2002.

CALDAS, J.M.P. AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública. VI Congresso Virtual HIV/AIDS, Lisboa, 2006.

CARPINIELLO, B.; CARTA, M.G.; PARIANTE, C.M.; RUDAS, N.; REDA, M.A.; The Italian DAS as a screening instrument for depression in the elderly. *Br J Clin Psychol.*, [S.l.], v. 34, n. 1, p. 577-579, 1995.

CHAN, A.C. Clinical validation of the Geriatric Depression Scale (GDS): Chinese version. *J. Aging Health.*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 238-253, 1996.

CHIU, H.F.; LEE, H.C.; WING, Y.K.; KWONG, P.K.; LEUNG, C.M.; CHUNG, D.W. Reliability, validity and structure of the Chinese Geriatric Depression Scale in a Hong Kong context: a preliminary report. *Singapore Med J.*, [S.l.], v. 35, n. 5, p. 477-480, oct. 1994.

CIESLA, J. A.; ROBERTS, J. E. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 158, n. 5, p. 725-730, 2001.

COPELAND, J.R.; DAVIDSON, I.A.; DEWEY, M.E.; GILMORE, C.; LARKIN, B.A.; MCWILLIAM, C.; SAUNDERS, P.A.; SCOTT, A.; SHARMA, V.; SULLIVAN, C.; Alzheimer's disease, other dementias, depression and pseudo-dementia: prevalence, incidence and three year outcome in Liverpool. *Br J Psychiatry*, [S.l.], v. 161, n. 2, p. 230-239, 1992.

COURNOS, F.; EMPFILED, M.; HORWATH, E.; MCKINNON, K.; MEYER, I.; SCHRAGE, H. HIV seroprevalence among patients admitted to two psychiatric hospitals. *Am J Psychiatry*, [S.l.], v. 148, n. 9, p. 1225-1230, 1991.

CRUZ, G.E.C.P. (2005). HIV/AIDS: um perfil epidemiológico de portadores idosos. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/aids1.htm>>. Acesso em: 16 jul 2009.

CUNHA, U.G.V.; ALVES, V.X.F.; SCORALICK, F.M.; SILVA, S.A. Avaliação clínica do paciente idoso. *JBM.*, [S.l.], v. 82, n. 3, p. 72-78, 2002.

CUTLER, N.R., HEISER, J.F. The tricyclic antidepressants. *JAMA.*, [S.l.], v. 240, n. 21, p. 2264-2266, nov. 1978.

DATASUS - Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em 16 jul. 2009.

D'ATH, P.; KATONA, P.; MULLAN, E.; EVANS, S.; KATONA, C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Fam Pract.*, [S.I.], v. 11, n. 3, p. 260-266, sep. 1994.

DJERNES, J.K. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, [S.I.], v. 113, n. 5, p. 372-387, feb. 2006.

DSM-IV. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, quarta edição, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

DUNN, V.K.; SACCO, W.P.; Psychometric evaluation of the geriatric depression scale and the Zung self-rating depression scale using an elderly community sample. *Psychology and Aging*, [S.I.], v. 4, n. 1, p. 125-126, 1989.

ERTAN, T.; EKER, E.; Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: are there different factor structures for different cultures? *Int Psychogeriatr.*, [S.I.], v. 12, p. 163-172, 2000.

FEITOZA, A.R.; SOUZA, A.R.; ARAÚJO, M.F.M. A magnitude da infecção pelo HIV/AIDS em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE. *J Bras Doenças Sex Transm.*, [S.I.], v. 16 n. 4, p. 32-37, 2004.

FERRANDO, S.; EVANS, S.; GOGGIN, K.; SEWELL, M.; FISHMAN, B.; RABKIN, J.; Fatigue in HIV illness: Relationship to depression, physical limitations and disability. *Psychosomatic Medicine*, [S.I.], v. 60, n. 6, p. 759-764, 1998.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini -Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.*, [S.I.], v. 12, n. 1, p. 189-198, 1975.

FONSECA, M.G.P.; SZWARCOWALD, C.L.; BASTOS, F.I. A sociodemographic analysis of the AIDS epidemic in Brazil, 1989-1997. *Rev Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 678-85, 2002.

FONTES, K.S.; SALDANHA, A.A.W.; ARAUJO, L.F. Representações do HIV na terceira idade e a vulnerabilidade no idoso. 7º Congresso Virtual HIV/AIDS - Comunicação - Tema: Ciência Social e Comportamental - 10/10/2006. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net>>. Acesso em 16 jul. 2009.

FOUNTOULAKIS, K.N.; TSOLAKI, M.; IACOVIDES, A.; YESAVAGE, J.; O'HARA, R.; KAZIS, A.; IERODIAKONO, C. The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. *Aging (Milano)*, [S.l.], v. 11, n. 6, p. 367-372, dec. 1999.

GANGULI M.; DUBE S.; JOHNSTON J.M.; PANDAV R.; CHANDRA V.; DODGE H.H. Depressive symptoms, cognitive impairment and functional impairment in a rural elderly population in India: A Hindi version of the Geriatric Depression Scale (GDS-H). *Int J Geriatr Psychiatry*, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 807-820, 1999.

GAZALLE, F.K.; LIMA, M.S.; TAVARES, B.F.; HALLAL, P.C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, [S.l.], v. 38, n. 1, p. 365-371, 2004.

GEORGE, M.S.; KETTER, T.A.; POST, R.M.; SPECT and PET imaging in mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, [S.l.], v. 54, p. S6-S13, 1993.

GOMES, S.F.; SILVA, C.M. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/AIDS: uma revisão. *Vitalle*, Rio Grande, v. 20, n. 1, p. 107-122, 2008.

GOODKIN, K; FEASTER, D.J.; TUTTLE, R.; BLANEY, N.T.; KUMAR, M.; BAUM, M.K. Bereavement is associated with time-dependent decrements in cellular immune function in asymptomatic HIV-1 seropositive homosexual men. *Clin Diagn Lab Immunol.*, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 109-118, 1996.

GOODKIN, K.; FEASTER, D.J.; ASTHANA, D. A bereavement support group intervention is longitudinally associated with salutary effects on the CD4 cell count and on number of physician visits. *Clin Diagn Lab Immunol.* [S.l.], v. 5, n. 3, p. 382-391, 1998.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.*, [S.l.], v. 29, n. 4, p. 453-457, apr. 1996.

GORINCHTEYN, J.C. Avanço da AIDS na terceira idade. *Prática Hospitalar*. v. 7, n. 38, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br>>. Acesso em: 16 jul. 2009.

GRANT, I.; ATKINSON, J.H. Neuropsychiatric aspects of HIV infection and AIDS. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 308-336, 2000.

GREENWALD, B.S.; KRAMER-GINSBERG, E.; KRISHNAN, R.R.; ASHTARI, M.; AUPPERLE, P.M.; PATEL, M.; MRI signal hyperintensities in geriatric depression. *The American Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 153, n. 9, p. 1212-1215, sept.1996.

GUIMARÃES, R.M.; CUNHA, U.G.V. Sinais e Sintomas em Geriatria. In: *Avaliação do paciente geriátrico*. Revinter, p.7-17, 1989.

HAMILTON, M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol.*, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 278-296, dec. 1967.

HECKMAN, T.G.; HECKMAN, B.D.; KOCHMAN, A.; SIKKEMA, K.J.; SUHR, J.; GOODKIN, K.; Psychological symptoms among persons 50 years of age and older living with HIV disease. *Aging & Mental Health*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 121-128, 2002.

HERRMANN, N.; LIEFF, S.; SILBERFELD, M.; The effect of age of onset on depression in the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol.*, [S.l.], v. 2, n. 4, p. 182-187, oct./dec. 1989.

HINKIN, C.H.; CASTELLON, S.A.; ATKINSON, J.H.; GOODKIN, K. Neuropsychiatric aspects of HIV infection among older adults. *Journal of Clinical Epidemiology*, [S.l.], v. 54, p. S44-S52, 2001.

HOYL, M.T.; ALESSI, C.A.; HARKER, J.O.; JOSEPHSON, K.R.; PIETRUSZKA, F.M.; KOELFGEN, M.B.A.; MERVIS, J.R.; FITTEN, L.J.; RUBENSTEIN, L.Z.; Development and testing of a five-item version of Geriatric Depression Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, [S.l.], v. 47, p. 873-878, 1999.

JETTE, A.M.; BRANCH, L.G.; The Framingham Disability Study. II. Physical Disability among the Aging. *Am J Public Health.*, [S.l.], v. 71, n. 1, p. 1211-1216, 1981.

JUSTICE, A.C.; MCGINNIS, K.A.; ATKINSON, J.H.; HEATON, R.K.; YOUNG, C.; SADEK, J.; MADENWALD, T.; BECKER, J.T.; CONIGLIARO, J.; BROWN, S.T.; RIMLAND, D.; CRYSTAL, S.; SIMBERKOFF, M. Psychiatric and neurocognitive disorders among HIV-positive and negative veterans in care: Veterans Aging Cohort Five-Site Study. *AIDS*, [S.l.], v. 18, n. supl. 1, p. S49-S59, 2004.

KAHAZURA, F.M.; BUNNELL, R.; MOSS, S.; PURCELL, D.W.; BIKAAKO-KAJURA, W.; WAMAI, N.; DOWNING, R.; SOLBERG, P.; COUTINHO, A.; MERMIN, J. Depression and CD4 cell count among persons with HIV infection in Uganda. *AIDS Behav*, [S.l.], v. 10, n. 10, p. S105-S111, 2006.

KATONA, C.; LIVINGSTON, G.; MANELA, M.; LEEK, C.; MULLAN, E.; ORRELL, M.; D'ATH, P.; ZEITLIN, D.; The symptomatology of depression in the elderly. *Int Clin Psychopharmacol*, [S.I.], v. 12, s. 7, p. S19-S23, 1997.

KAY, D.W.K.; HENDERSON, A.S.; SCOTT, R.; WILSON, J.; RICKWOOD, D.; GRAYSON, D.A.; Dementia and depression among the elderly living in the Hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates. *Psychol Med.*, [S.I.], v. 15, n. 4, p. 771-788, 1985.

KELLY, B.; RAPHAEL, B.; JUDD, F.; PERDICES, M.; KERNUTT, G.; BURNETT, P. Posttraumatic stress disorder in response to HIV infection. *Gen Hosp Psychiatry.*, [S.I.], v. 20, n. 6, p. 345-352, 1998.

KEMENY, M.E.; DEAN, L. Effects of AIDS-related bereavement on HIV progression among New York City gay men. *AIDS Educ Prev* [S.I.] v.7, Suppl., p. S36-S47, 1995.

KEMENY, M.E.; WEIMER, H.; DURAN, R.; TAYLOR, S.E.; VISSCHER, B.; FAHEY, J.L. Immune system changes after the death of a partner in HIV-positive gay men. *Psychosom Med.*, [S.I.], v. 57, n. 6, p. 547-554, 1995.

KRISHNAN, K.R.R.; DELONG, M.; KRAEMER, H.; CARNEY, R.; SPIEGEL, R.; GORDON, C.; MCDONALD, W.; DEW, M.A.; ALEXOPOULOS, G.; BUCKWALTER, K.; COHEN, P.D.; EVANS, D.; KAUFMANN, P.G.; OLIN, J.; OTEY, E.; WAINSCOTT, C. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biol Psychiatry.*, [S.I.], v. 52, n. 6, p. 559-588, 2002.

LAZZAROTTO, A.R.; KRAMER, A.S.; HÄDRICH, M.; TONIN, M.; CAPUTO, P.; SPRINZ, E. O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos/Rio Grande do Sul - Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1833-1840, nov./dez. 2008.

LESERMAN, J.; PETITO, J.M.; GOLDEN, R.N.; GAYNES, B.N.; GU, H.; PERKINS, D.O. Impact of stressful life events depression, social support, coping, and cortisol on progression to AIDS. *Am J Psychiatry.*, [S.I.], v. 157, n. 1, p. 1221-1228, 2000.

LESERMAN, J.; PETITTO, J.M.; PERKINS, D.O.; FOLDS, J.D.; GOLDEN, R.N.; EVANS, D.L. Severe stress, depressive symptoms, and changes in lymphocytes subsets in human immunodeficiency virus infected men. A 2-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry.*, [S.I.], v. 54, n. 3, p. 279-285, 1997.

LESHER, E.L.A.U.; BERRYHILL, J.S. Validation of the Geriatric Depression Scale-Short Form among inpatients. *J Clin Psychol.*, [S.I.], v. 50, n. 2, p. 256-260, mar. 1994.

LIEBERMAN, R. HIV in older Americans: an epidemiologic perspective. *J Midwifery Womens Health.*, [S.I.], v. 45, n. 2, p. 176-182, 2000.

LIM, P.P.; NG, L.L.; CHIAM, P.C.; ONG, P.S.; NGUI, F.T.; SAHADEVAN, S. Validation and comparison of three brief depression scales in an elderly Chinese population. *Int J Geriatr Psychiatry*, [S.I.], v. 15, n. 9, p. 824-830, sep. 2000.

LOCHET, P.; PEYRIÈRE, H.; LOTTHÉ, A.; MAUBOUSSIN, J.M.; DELMAS, B.; REYNES, J. Long-term assessment of neuropsychiatric adverse reactions associated with efavirenz. *HIV Medicine*, [S.I.], v. 4, n. 1, p. 62-66, jan. 2003.

LYNESS, J.M.; COX, C.; CURRY, J.; CONWELL, Y.; KING, D.A.; CAINE, E.D.; Older age and the underreporting of depressive symptoms. *J Am Geriatr Soc.*, [S.I.], v. 43, n. 3, p. 216-221, 1995.

LYNESS, J.M.; NOEL, T.K.; COX, C.; KING, D.A.; CONWELL, Y.; CAINE, E.D.; Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale and the Geriatric depression scale. *Arch Intern Med.*, [S.I.], v. 157, n. 4, p. 449-454, feb. 1997.

MADIANOS, M.G.; GOURNAS, G.; STEFANIS, C.N. Depressive symptoms and depression among elderly people in Athens. *Acta Psychiatr Scand.*, [S.I.], v. 86, n. 4, p. 320-326, oct. 1992.

MAIER, W.; GÄNSICKE, M.; WEIFFENBACH, O. The relationship between major and subthreshold variants of unipolar depression. *J Affect Disord.*, [S.I.], v. 45, n. 1, p. 41-51, 1997.

MALBERGIER, A.; SCHÖFFEL, A.C.; Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Rev Bras Psiquiatr.*, [S.I.], v. 23, n. 3, p. 160-167, 2001.

MANFREDI, R.; CHIODO, F. A case-control study of virological and immunological effects of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients with advanced age. *AIDS*, [S.I.], v. 14, n. 10, p. 1475-1477, 2000.

MANFREDI, R. HIV disease and advanced age: an increasing therapeutic challenge. *Drugs Aging*, [S.I.], v. 19, n. 9, p. 647-669, 2002.

MANFREDI, R. HIV infection and advanced age emerging epidemiological, clinical, and management issues. *Ageing Res Rev.*, [S.I.], v. 3, n. 1, p. 31-54, 2004.

MANFREDI, R.; CALZA, L. HIV infection and AIDS in advanced age. Epidemiological and clinical issues, and therapeutic and management problems. *Infez Med.*, [S.I.], v. 12, n. 3, p. 152-142, 2004.

MARTIN, A. C.; JACKSON, K. C. Depression in palliative care patients. In: Lipman , A.G. (Org.), Evidence based symptom control in palliative care: systematic reviews and validated clinical practice guidelines for 15 common problems in patients with life limiting disease. New York: Hayworth, 2000. p. 71-90.

MIJCH, A.M.; JUDD, F.K.; LYKETSOS, C.G.; ELLEN, S.; COCKRAM, A. Secondary mania in patients with HIV infection: are antiretrovirals protective? *J Neuropsychiatr Clin Neurosci.*, [S.I.], v. 11, n. 4, p. 475-480, 1999.

MONTORIO I.; IZAL, M.; The Geriatric Depression Rating Scale: a review of its development and utility. *Int Psychoageriatr* [S.I.] v.8, n.1, p.103-112, 2005.

MURRAY, C.J.; LOPEZ, A.D. Evidence-based health policy - lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science.*, [S.I.], v. 274, n. 5288, p. 740-743, 1996.

NEBES, R.; VORA, I.J.; MELTZER, C.C.; FUKUI, M.B.; WILLIAMS, R.L. KAMBOH, M.I.; SAXTON, J.; HOUCK, P.R.; DEKOSKY, S.T.; REYNOLDS, C.F. Relationship of deep white matter hyperintensities and apolipoprotein E genotype to depressive symptoms in older adults without clinical depression. *Am J Psychiatr.*, [S.I.], v. 158, n. 6, p. 878-884, 2001.

NGUYEN, N.; HOLODNIY, M. HIV infection in the elderly. *Clinical Interventions in Aging*, [S.I.], v. 3, n. 3, p. 453-472, 2008.

NOVARETTI, T.M.S.; MARCOLIN, M.A.; MEIRA-JUNIOR, S.; GELÁS, P.L.; BAUDELIN, C.G.R.; BOTTINO, C.M.C. Hipersinais subcorticais no exame de ressonância magnética: comparação entre idosos deprimidos e idosos normais. *Arq. Neuropsiquiatr.*, São Paulo, v. 59, n. 3B, set. 2001.

ORLANDO, G.; MERA VIGLIA, P.; CORDIER, L. Antiretroviral treatment and age-related comorbidities in a cohort of older HIV-infected patients. *HIV Med.*, [S.l.], v. 7, n. 8, p. 549-557, 2006.

PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R.A.; VERAS, R. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V.M.A.; O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol.*, [S.l.], v. 91, n. 1, p. 1-10, 2008.

PEREZ, J. L.; MOORE, R.D. Greater effect of highly active antiretroviral therapy on survival in people aged > or =50 years compared with younger people in an urban observational cohort. *Clin Infect Dis.*, [S.l.], v. 36, n. 2, p. 212-218, 2003.

PINHO, M.X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 123-140, 2009.

PORTER, K.; WALL, P.G.; EVANS, B.G.; Factors associated with lack of awareness of HIV infection before diagnosis of AIDS. *Bmj.*, v. 307, n. 6895, p. 20-23, 1993.

PRESTIDGE, B.R.; LAKE, C.R. Prevalence and recognition of depression among primary care outpatients. *J Fam Pract.*, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 67-72, 1987.

RABKIN, J. G.; WAGNER, G. J.; RABKIN, R. Fluoxetine treatment for depression in patients with HIV and AIDS. *American Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 156, n. 1, p. 101-107, 1999.

RADLOFF, L.S. The CES-D Scale. *Appl Psychol Meas.*, [S.l.] v. 1, n. 3, p. 385-401, 1977.

REYS, B.N.; BEZERRA, A.B.; VILELA, A.L.S.; KEUSEN, A.L.; MARINHO, V.; PAULA, E.; LAKS, J.; Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. *Rev Assoc Med Bras.*, [S.l.], v. 52, n. 6, p. 401-404, 2006.

RINALDI, R.; MANFREDI, R.; AZZIMONDI, G.; RODRIGO, G.; TONON, C.; DE-ROSA, V.; MASTROIANNI, A.; CORONADO, O.V.; LEGNANI, C.; CHIODO, F.; D'ALESSANDRO, R.; Recurrent "migrainelike" episodes in patients with HIV disease. *Headache*, [S.l.], v. 37, n. 7, p. 443-448, 1997.

ROCHA, F.L. Depressão no idoso. *J Bras Psiqu.*, [S.l.], v. 42, n. 9, p. 483-490, 1993.

RODRIGUES-JUNIOR, A.L.; CASTILHO, E.A. The AIDS epidemic in Brazil, 1991-2000: space-time description. *Rev Soc Bras Med Trop.*, [S.l.], v. 37, n. 4, p. 312-317, 2004.

ROZENTHAL, M.; LAKS, J.; ENGELHARDT, E.; Aspectos neuropsicológicos da depressão. *R Psiquiatr RS.*, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 204-212, mai./ago. 2004.

SEWELL, M.C.; GOGGIN, K.J.; RABKIN, J.G.; FERRANDO, S.J.; McELHINEY, M.C.; EVANS, S. Anxiety syndromes and symptoms among men with AIDS: a longitudinal controlled study. *Psychosomatics.*, [S.l.], v. 41, n. 4, p. 294-300, aug. 2000.

SEWELL, D.D.; JESTE, D.V.; ATKINSON, J.H.; HEATON, R.K.; HESSELINK, J.R.; WILEY, C. HIV-associated psychosis: a study of 20 cases. *Am J Psychiatry.*, [S.l.], v. 151, n. 2, p. 237-242, 1994.

SHAH, A.; HERBERT, R.; LEWIS, S.; MAHENDRAN, R.; PLATT, J.; BHATTACHARYYA, B.; Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short geriatric depression scale. *Age Ageing*, [S.l.], v. 26, n. 3, p. 217-221, 1997.

SHEIKH, J.I.; YESAVAGE, J.A.; BROOKS III, J.O.; FRIEDMAN, L; GRATZINGER, P.; HILL, R.D.; ZADEIK, A.; CROOK, T.; Proposed factor structure of the Geriatric depression scale. *Int Psychogeriatr.*, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 23-28, 1991.

SHEIKH, J.I.; YESAVAGE, J.A. A Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol.*, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 165-173, 1986.

SILVA, L. S. S.; PAIVA, M. S.; SANTIAGO, U. C. F. (2005). Representações sociais de idosos sobre prevenção e transmissão da Aids. 6HIV-Aids. Virtual Congress. <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=264>. Acesso em: 16 jul 2009.

SILVEIRA, D.X.; JORGE, M. R. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não clínica de adolescentes e adultos jovens. *Rev Psiquiatr Clin.*, [S.I.], v. 25, p. 251-261, 1998.

SOARES, J.C.; MANN, J.J. The functional neuroanatomy of mood disorders. *Journal of Psychiatric Research*, [S.I.], v. 31, n. 4, p. 393-432, 1997.

SOUSA, J.L. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. *J Bras Doenças Sex Transm.*, [S.I.], v. 20, n. 1, p. 59-64, 2008.

SOUSA, R.L.; MEDEIROS, J.G.M.; MOURA, A.C.L.; SOUZA, C.L.M.; MOREIRA, L.F. Valorização de sintomas depressivos em idosos internados em enfermarias de clínica médica. *Revista Brasileira de Clínica & Terapêutica*, [S.I.], v. 27, p. 183-188, 2001.

STARACE, F.; AMMASSARI, A.; TROTTA, M.P.; MURRI, R.; DE LONGIS, P.; IZZO, C.; SCALZINI, A.; MONFORTE, A.D.; WU, A.W.; ANTINORI, A. Depression is a risk factor for suboptimal adherence to highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, [S.I.], v. 31, p. S136-S139, 2002.

STEINKE, E.E. Sexuality in aging: implications for nursing facility staff. *J Contin Educ Nurs.*, [S.I.], v. 28, n. 2, p. 59-63, 1997.

STILES, P.G.; MC GARRAHAN, J.F. The Geriatric Depression Scale: a comprehensive review. *J Clin Geropsychol.*, [S.I.], v. 4, n. 1, p. 89-110, 1998.

STOKES, J. P.; VANABLE, P.; MCKIRNAN, D.J.; Comparing gay and bisexual men on sexual behavior, condom use, and psychosocial variables related to HIV/AIDS. *Arch Sex Behav.*, [S.I.], v. 26, n. 4, p. 383-397, 1997.

STOPPE-JUNIOR, A.; JACOB, W.F.; LOUZÃ, M.R.N. Avaliação de Depressão em Idosos através da Escala de Depressão em Geriatria: resultados preliminares. *Revista da ABP-APAL.*, [S.I.], v. 16, n. 4, p. 149-153, 1994.

STOPPE-JUNIOR, A.; LOUZÃ, M.R.N. *Depressão na Terceira Idade Apresentação clínica e abordagem terapêutica*. São Paulo: Lemos editorial, 1996.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; ESTEVES, M.A.P.; ANDRADE, C.L.T.; A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. Sup.1, p. 7-19, 2000.

TUMBARELLO, M.; RABAGLIATI, R.; DONATI, K.G.; BERTAGNOLIO, S.; TAMBURRINI, E.; TACCONELLI, E.; CAUDA, R.; Older HIV-positive patients in the era of highly active antiretroviral therapy: changing of a scenario. *AIDS*, [S.I.], v. 17, n. 1, p. 128-131, 2003.

TURNER, R.J.; McLEAN, P.D.; Physical Disability and Psychological Distress. *Rehabilitation Psychology*, [S.I.], v. 34, n. 4, p. 225-242, 1989.

UNAIDS. (2007) AIDS epidemic update. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO). <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 16 jul 2009.

VALENTE, S.M. Depression and HIV disease. *JANAC.*, [S.I.], v. 14, n. 2, p. 41-51, mar./apr. 2003.

VAN MARWIJK, H.W.J.; WALLACE, P.; BOCK, G.H.; HERMANS, J.; KAPTEIN, A.A.; MULDER, J.D.; Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *Br J Gen Pract.*, [S.I.], v. 45, n. 1, p. 195-199, 1995.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*, [S.I.], v. 43 n. 3, p. 548-54, 2009.

VERAS, R. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, Out. 2007.

WELLS, K.B.; STEWART, A.; HAYS, R.D.; BURNAM, M.A.; ROGERS, W.; DANIELS, M.; BERRY, S.; GREENFIELD, S.; WARE, J.; The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, [S.I.], v. 262, n. 7, p. 914-919, 1989.

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A.; O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil. *R Bras Est Pop.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

WOOTEN-BIELSKI, K. HIV & AIDS in older adults. *Geriatr Nurs.*, [S.l.], v. 20, n. 5, p. 268-272, 1999.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L.; LUM, O.; HUANG, V.; ADEV, M.; LEIRER, V.O.; Development and validation of a geriatric screening scale. *Journal of Psychiatry Research*, [S.l.], v. 17, p. 37-49, 1983.

YUN, L.W.H.; MARAVI, M.B.S.; KOBAYASHI, J.S.; BARTON, P.L.; DAVIDSON, A.J.; Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, [S.l.], v. 38 n. 4, p. 432-38, 2002.

ZABLOTSKY, D.; KENNEDY, M.; Risk factors and HIV transmission to midlife and older women: knowledge, options, and the initiation of safer sexual practices. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, [S.l.], v. 33, n. Suppl2, p. S122-S130, 2003.

ZUNK, W.K. The measurement of depression. Columbus OH: Merril, 1965.

ANEXO A - Escala de depressão geriátrica versão reduzida de 15 itens (EDG-15)**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA VERSÃO REDUZIDA DE 15 ITENS (EDG-15)**

PERGUNTAS	N ou S	0 ou 1
1) O Sr(a) está basicamente satisfeito com sua vida ? (Não)		
2) O Sr(a) deixou muitos de seus interesses e atividades ? (Sim)		
3) O Sr(a) sente que sua vida está vazia ? (Sim)		
4) O Sr(a) se aborrece com frequência ? (Sim)		
5) O Sr(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo ? (Não)		
6) O Sr(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer ? (Sim)		
7) O Sr(a) se sente feliz na maior parte do tempo ? (Não)		
8) O Sr(a) acha que sua situação tem saída ? (Não)		
9) O Sr(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas ? (Sim)		
10) O Sr(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria ? (Sim)		
11) O Sr(a) acha maravilhoso estar vivo ? (Não)		
12) O Sr(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias ? (Sim)		
13) O Sr(a) se sente cheio de energia ? (Não)		
14) O Sr(a) acha que sua situação é sem esperança ? (Sim)		
15) O Sr(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o Sr(a) ? (Sim)		

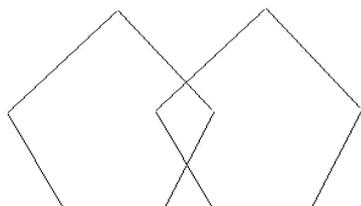
SOMA TOTAL: _____

ANEXO B - Mini-exame do estado mental

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL - VERSÃO TRADUZIDA E MODIFICADA

AVALIAÇÃO	RESPOSTA	ESCORE
ORIENTAÇÃO NO TEMPO		
Em que ano estamos ?		() 0 () 1
Em que mês estamos ?		() 0 () 1
Em que dia do mês estamos ?		() 0 () 1
Em que dia da semana estamos ?		() 0 () 1
Que horas são aproximadamente ?		() 0 () 1
ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO		
Em que Estado nós estamos ?		() 0 () 1
Em que Cidade nós estamos ?		() 0 () 1
Em que bairro nós estamos ?		() 0 () 1
O que é este prédio em que estamos ? (nome, tipo ou função)		() 0 () 1
Em que andar nós estamos ?		() 0 () 1
REGISTRO		
"Agora vou dizer 3 palavras e quando eu terminar, por favor, repita-as. Em seguida, memorize-as, pois em alguns minutos eu vou perguntar por elas. As palavras são: MALA, BOLA e CASA." Permita até 5 tentativas, mas pontue a primeira.		
REAL		() 0 () 1
MALA		() 0 () 1
CASA		() 0 () 1
ATENÇÃO E CÁLCULO		
"Agora eu gostaria que o sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Então continue subtraindo 7 até eu mandar parar. Vamos começar... quanto é 100 menos 7 ? " Dê 1 ponto para cada acerto e, se não atingir o escore máximo, peça ao paciente para soletrar a palavra MUNDO. Corrija erros de soletração e então peça: "Agora, soletre a palavra MUNDO de trás para frente."	(93) _____ (86) _____ (79) _____ (72) _____ (65) _____ _ _ _ _ _ O D N U M	() 0 () 1 () 0 () 1
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO		
"Quais as três palavras que pedi para memorizar ?"		
REAL		() 0 () 1
MALA		() 0 () 1
CASA		() 0 () 1
LINGUAGEM		
Aponte a caneta e o relógio e pergunte: "O que é isto ?"		
CANETA		() 0 () 1
RELÓGIO		() 0 () 1
"Agora vou pedir para o sr(a) repetir o que vou dizer... NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.		() 0 () 1
"Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr(a) fazer uma tarefa. [pausa] Preste atenção, pois eu só vou falar uma vez [pausa] Pegue este papel com a mão esquerda [pausa], com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez [pausa] e em seguida jogue-o no chão. Pegar com a mão direita Dobrar ao meio Jogar no chão		() 0 () 1 () 0 () 1 () 0 () 1
"Por favor leia isto e faça o que está escrito no papel". FECHÉ OS OLHOS		() 0 () 1
"Por favor escreva uma sentença..." Se o paciente não responder, peça: "Escreva sobre o tempo".		() 0 () 1
"Por favor, copie este desenho" PENTÁGONOS QUE SE RELACIONAM		() 0 () 1

SOMA TOTAL: _____



FECHÉ OS OLHOS

ANEXO C - Aprovação do Projeto pelo CEP/HUGG

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

MEMO CEP/HUGG / N° 115 / 2008

Rio de Janeiro, 14 de agosto de 2008

Ao

Ilm° Prof. Dr. Fernando Raphael de Almeida Ferry
Pesquisador Responsável

Conforme decisão do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, em reunião realizada em 14 de agosto de 2008, o projeto "Depressão em pacientes idosos portadores do vírus HIV", de número 35/2008 - CEP/HUGG, foi analisado e **APROVADO**, de acordo com a Resolução CNS n° 196/96.

Informamos que, de acordo com a Resolução CNS n° 196/96, cabe ao pesquisador apresentar ao CEP/HUGG os relatórios parciais (semestrais) e final do projeto aprovado.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Pedro Eder Portari Filho
Coordenador do CEP/HUGG